Maze-operatie

MARIA MIDDELARES

PATIËNTENINFORMATIE

INHOUD

1. Het hart 4
2. Voorkamerfibrilleren en -flutter 7
   - 2.1 Voorkamerfibrilleren 7
   - 2.2 Voorkamerflutter 7
3. Behandelingen bij voorkamerfibrilleren en -flutter 8
   - 3.1 Medicatie 8
   - 3.2 Cardioversie 9
   - 3.3 Ablatie 10
   - 3.4 Chirurgische ablatie 11

Contactgegevens 14

Beste patiënt

Je behandelend arts heeft vastgesteld dat een hartoperatie de beste oplossing voor jou is. Dat roept ongetwijfeld veel vragen, spanning, emoties en zelfs angst op. Als behandelend team kunnen wij deze gevoelens niet wegnemen, we willen wel aanreiken hoe je ze beter onder controle kunt houden.

Je arts heeft je ondertussen al enige toelichting gegeven. Het is noodzakelijk dat je begrijpt wat je overkomt en wat de operatie precies inhoudt. In deze brochure zetten we de belangrijkste punten nog eens op een rij. Neem de ingrijpende beslissing tot hartoperatie steeds in overleg met je familie, cardioloog en cardiochirurg.

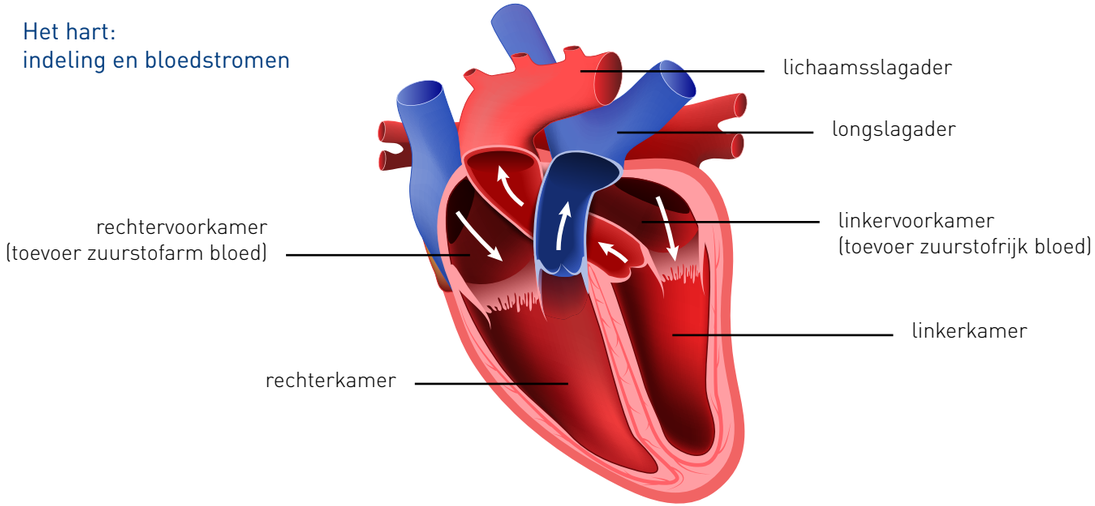
De toelichting door je arts en deze brochure zijn bedoeld om je zo goed mogelijk voor te bereiden op de ingreep. Deze brochure vervangt de persoonlijke gesprekken met arts(en) en verpleegkundigen zeker niet. Aarzel niet hen te contacteren bij eventuele vragen of problemen. Ze zullen je graag verder helpen.

team cardiochirurgie

1 Het hart

Het hart is een holle spier die ongeveer zo groot als een vuist is. Het hart bevindt zich in de borstkas net achter en iets links van het borstbeen. Het hart kan onderverdeeld worden in een rechter- en linkerdeel, die op hun beurt onderverdeeld worden in een voorkamer (atrium) en een kamer (ventrikel).

Het hart:
indeling en bloedstromen



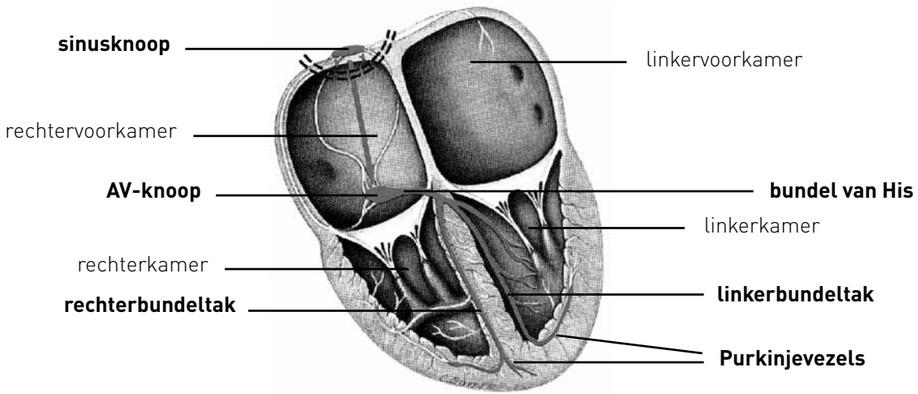
MECHANISCHE WERKING VAN HET HART

De hoofdfunctie van het hart is het rondpompen van zuurstofrijk bloed in ons lichaam. Daarvoor trekt het hart 60 tot 90 maal per minuut samen. Zuurstofarm bloed (= bloed uit ons volledig lichaam, bv. uit hersenen, spieren, organen ...) komt via de rechtervoorkamer in het hart. De rechtervoorkamer pompt het bloed naar de rechterkamer die het op zijn beurt naar de longen stuwt. Daar wordt het bloed terug van zuurstof voorzien. Het zuurstofverzadigde bloed komt dan eerst in de linkervoorkamer en daarna in de linkerkamer terecht. Tenslotte stuwt de linkerkamer het bloed via de grote lichaamsslagader (aorta) terug naar ons volledig lichaam.

ELEKTRISCHE WERKING VAN HET HART

Het hart pompt ongeveer 5 liter bloed per minuut door het lichaam. Voor een goede pompwerking is een evenredig verdeelde en gecoördineerde werking van de hartspier noodzakelijk.

- De gangmaker (pacemaker) van het hart is de sinusknoop. Van hieruit vertrekt gemiddeld 70 keer per minuut een elektrische stroom doorheen de beide voorkamers van het hart. Die worden hierdoor geactiveerd en pompen zo het bloed in de kamers van het hart.
- De twee voorkamers en twee kamers van het hart zijn elektrisch geïsoleerd. De verbinding tussen beide gebeurt ter hoogte van de AV-knoop (= atrioventriculaire knoop). Deze knoop ontvangt de elektrische stroom vanuit de voorkamers en geeft ze met enige vertraging door aan de bundel van His, die zich opsplitst in een linker- en een rechterbundeltak.
- Via dit geleidingsweefsel en een fijn vertakt netwerk van kleinere zenuwvezels (Purkinjevezels) worden de beide kamers geactiveerd en zullen ze samentrekken als ze met bloed gevuld zijn.



2 Voorkamerfibrilleren en -flutter

2.1 Voorkamerfibrilleren

Bij voorkamerfibrilleren heerst een chaotische elektrische activiteit in de voorkamers met een frequentie van 350 tot 450 trillingen per minuut. De doorgeleiding naar de kamers is hierdoor onregelmatig en meestal versneld. Dit veroorzaakt klachten zoals hartkloppingen, verminderd inspanningsvermogen door kortademigheid of pijn op de borstkas, duizeligheid tot flauwvallen of moeheid. Er bestaat een risico op hartverzwakking. Er kunnen zich ook klonters vormen in de hartkamers die - als ze meegevoerd worden - embolen veroorzaken in de hersenen of elders.

De ritmestoornis kan aanvankelijk kort duren en terugkeren, maar daarna ook langdurig tot voortdurend optreden tot ze enkel nog gestopt kan worden door een medische tussenkomst.

- **Paroxysmaal** eindigt spontaan of met een interventie binnen 7 dagen na het ontstaan.
- **Persistent** eindigt niet meer spontaan binnen de 7 dagen. Vaak is er een medicament of elektrische schok nodig om sinusritme te bekomen.
- **Permanent** wordt beschouwd als blijvend en terugkeer naar sinusritme wordt niet meer nagestreefd.

2.2 Voorkamerflutter

Voorkamerflutter lijkt erg op voorkamerfibrillatie en beide ritmestoornissen kunnen in elkaar overgaan. Voorkamerflutter is een versnelde elektrische activiteit in de voorkamer met een frequentie van 250 tot 350 trillingen per minuut. De doorgeleiding naar de kamers is wel regelmatig maar ook versneld. Bij voorkamerflutter kunnen dezelfde klachten optreden als bij voorkamerfibrilleren.

3 Behandelingen bij voorkamerfibrilleren en -flutter

3.1 Medicatie

Voorkamerfibrilleren zal in eerste instantie behandeld worden met medicatie.

TYPE	FUNCTIE	GENEESMIDDEL
Bètablokkers	Zorgen voor een tragere hartslag waardoor het hart zich beter kan vullen en zo beter kan pompen. Bètablokkers kunnen duizeligheid, koude handen en voeten, kortademigheid ... veroorzaken.	Emconcor®, Kredex®
Calcium-antagonisten	Zorgen voor een vertraging van de polsslag. Een teveel aan calciumantagonsisten kan zorgen voor duizeligheid, misselijkheid, diarree, verstopping en hoofdpijn.	Tildiem®, Lodixal®
Anti-aritmica	Vertragen de AV-geleiding en leiden meestal ook tot ritmeverandering. Amiodarone® kan schildklierafwijkingen, huidpigmentatie en overgevoeligheid van de longen veroorzaken.	Amiodarone®, Sotalol®
Bloed-verdunners (anticoagulantia)	Als atriumfibrilleren langer dan 48 uur duurt, moet antistolling gegeven worden om embolen te voorkomen. Bij sommige bloedverdunners in tabletvorm moet de bloedverdunning twee- tot vierwekelijks gecontroleerd worden, bij andere is geen controle nodig. Bloedverdunnung kan ook via inspuiting toegediend worden. Bij te veel bloedverdunning kan je langer nabloeden bij verwondingen en is er een verhoogde kans op blauwe plekken.	Mareven®, Sintrom® en Marcoumar® (tabletten met controle) Eliquis®, Lixiana® (tabletten zonder controle) Clexane®, Fraxiparine® (inspuiting)

3.2 Cardioversie

Als een behandeling met medicatie geen oplossing brengt, kan een cardioversie uitgevoerd worden. Hierbij wordt een elektrische stroomstoot aan het hart toegediend. Zo worden snelle ritmestoornissen beëindigd en wordt het normale hartritme hersteld. Cardioversie gebeurt onder korte narcose.

3.3 Ablatie

Als een of meerdere cardioversies en medicatie niet effectief zijn, kan een ablatie uitgevoerd worden. Ritmestoornissen met snelle hartslag ontstaan vaak door een 'kortsluiting' in het geleidingsweefsel van het hart. Tijdens een elektrofysiologisch onderzoek wordt onderzocht welk soort ritmestoornis er waar precies optreedt. Door de tip van een katheter tegen die exacte plaats in te hart op te warmen (45 à 70°C) kan de kortsluiting opgeheven worden.

Een kortsluiting kan ook worden uitgesloten door ze te omcirkelen met een aaneensluiting van brandpunten. Deze behandeling wordt ablatie genoemd. Op deze manier kunnen verschillende soorten ritmestoornissen definitief worden genezen.

De ingreep heeft een hoog slaagpercentage en een laag risico op verwikkelingen.

3.4 Chirurgische ablatie

Als medicatie, cardioversie en ablatie niet helpen, kan een chirurgische ritme-operatie uitgevoerd worden om voorkamerfibrillatie en -flutter te behandelen. Dit kan een pulmonaal vene isolatie zijn bij kortdurend of paroxysmaal voorkamerfibrilleren tot een maze-operatie waarbij beide voorkamers worden behandeld.

Bij een maze-operatie vriest of brandt de hartchirurg (door middel van radiofrequentie) lijnen in de voorkamer die later littekens worden. Zo wordt het hartweefsel opgedeeld in stroken. Deze stroken zijn met elkaar verbonden door de kleppen of openingen in het hart zodat de prikkel niet kan rondcirkelen maar wel verder blijft lopen. Zo ontstaat een doolhof en kunnen geen ritmestoornissen meer optreden (*maze* is het Engelse woord voor doolhof/labyrint). Het ontstaan van de prikkel blijft hetzelfde.

Afhankelijk van het type ingreep die plaatsvindt, de duur van de voorkamerfibrillatie en de graad van uitzetting van de hartkamers, zal een volledige maze-operatie of een deel ervan (pulmonaal vene isolatie) uitgevoerd worden.

Door het stilleggen van het hart tijdens de operatie is het hartritme nadien vaak traag of de geleiding onderbroken. Voor het sluiten van de borstkas, worden uit voorzorg altijd dunne metalen draadjes (elektroden) op het hart vastgehecht. Als het hart na de ingreep traag zou kloppen, kan op deze elektroden een uitwendige pacemaker aangesloten worden. De draadjes worden verwijderd net voor het ontslag.

In de meeste gevallen wordt een maze-operatie tijdens een andere hartoperatie (overbrugging en/of klepherstel of -vervanging) uitgevoerd. Een volledige maze-ingreep verlengt de hartoperatie met ongeveer een half uur.

Bij mensen die geen klepgebrek of coronaire vernauwingen hebben, kan ook een ablatie met gesloten borstkas uitgevoerd worden. Hierbij wordt het hart niet stilgelegd. Aan beide kanten van de borstkas worden openingen gemaakt en via een kijkoperatie wordt de ablatie op de achterzijde van de linkervoorkamer uitgevoerd.

Bij al deze ritmeoperaties wordt zoveel mogelijk het linkerhartoor verwijderd of dichtgemaakt. Het linkerhartoor kan bij ritmestoornissen een bron zijn van klonters die kunnen wegschieten naar de rest van het lichaam.

In onze brochure over de coronaire bypassoperatie of hartklepoperatie vind je meer uitleg over de voorbereiding op je ziekenhuisopname, de preoperatieve onderzoeken, de dag van de operatie zelf en het verloop na je operatie.

ONDERZOEKEN EN MOGELIJKE COMPLICATIES NA EEN MAZE-OPERATIE

De meeste complicaties komen eerder zeldzaam voor en kunnen meestal vrij vlot verholpen worden.

- Na de operatie kan het fibrilleren terugkeren. Omdat het voorkamerweefsel zich nog moet herstellen van de operatie, kan het soms nog weken tot maanden na de operatie in aanvallen optreden. Het uiteindelijke resultaat is daarom pas te beoordelen na een zestal maanden. Het is belangrijk dat de voorkamerfibrillatie na je operatie als nieuwe ritmestoornis beschouwd en agressief behandeld wordt. Als er opnieuw voorkamerfibrillatie optreedt na de operatie, krijg je anti-aritmica. Na 3 maand kan de hartchirurg eventueel beslissen om deze te stoppen. Als je hartritme lang onregelmatig blijft ondanks de medicatie, is soms een cardioversie nodig.
- Als er na je maze-operatie bloedingen vastgesteld worden, kan zo nodig een tweede operatie uitgevoerd worden om bloed en/of klonters rond je hart weg te nemen en de bloeding te stoppen.
- Als je hartritme te traag blijft, zal je misschien een pacemaker nodig hebben. De klepoperatie, die eventueel samen met de maze-operatie uitgevoerd werd, kan er ook voor zorgen dat de normale geleiding onderbroken is.
- Na ongeveer 5 maanden wordt een holter, elektro-cardiogram en transthoracale echocardiografie afgenomen bij de cardioloog. Bij dit laatste onderzoek wordt een sonde op je borstkas boven het hart geplaatst. Dit apparaat zendt ultrageluidsgolven en maakt zo beelden van je hart. Je hoeft hiervoor niet nuchter te zijn. Het onderzoek is pijnloos en duurt ongeveer een kwartier.
- Na 6 maanden is er opnieuw een controle bij de hartchirurg. Als je hartritme regelmatig blijft, wordt geprobeerd om ook de bloedverdunners te stoppen.

De slaagkans van een maze-operatie ligt tussen 60 en 80 % en is onder meer afhankelijk van de duur van de voorkamerfibrillatie voor de operatie en de uitzetting van het hart.

Contact gegevens

Heb je nog bezorgdheden of nood aan ondersteuning, aarzel dan niet om ons te contacteren.

Dag en nacht

- verpleegafdeling D402: 09 246 42 00
- IZ hartbewaking (via centrale): 09 246 46 46

Tijdens de diensturen

- secretariaat hartchirurgie 09 246 74 00
  dr. Ballaux I dr. Cathenis I dr. François (resident) I dr. Goossens
- secretariaat cardiologie 09 246 86 00
  dr. Cornelis I prof. dr. De Sutter I dr. Floré I dr. François I dr. Germonpré
  dr. Moerman I dr. Provenier I dr. 'T Kindt I prof. dr. Van De Veire I dr. Vervloet
- fysiotherapie 09 246 85 00 (secretariaat)
  09 246 99 01 (hartrevalidatie)
- psycholoog 09 246 35 74
- sociale dienst 09 246 27 14
- diëtist (bij voorkeur 's namiddags): 09 246 93 43
- kinesist 09 246 99 00

GEZONDHEIDSZORG MET EEN ZIEL

NOTITIES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze brochure is een leidraad. Spiegel jouw situatie echter niet volledig aan het verloop zoals het hier is weergegeven. Elke patiënt, elke operatie en ieder herstel is verschillend.

Deze brochure is gedrukt op maxioffset.
Papier afkomstig uit bossen die duurzaam
worden beheerd.

VOLG ONS OOK OP:

MARIA MIDDELARES

GezondheidsZorg met een Ziel

Buitenring Sint-Denijs 30 | 9000 Gent | 09 246 46 46 | www.mariamiddelares.be | info@azmmsj.be

AZ Maria Middelares heeft deze informatiebrochure met de grootste zorg opgemaakt. Deze brochure is indicatief en vervangt de raadpleging bij je arts niet.
Mocht deze brochure vergissingen of onvolledigheden bevatten, dan zijn AZ Maria Middelares, zijn medewerkers en zijn artsen hiervoor niet aansprakelijk.

SAP 8900 - april 2021