

Alle ogen op de aorta

Aorta-aandoeningen zijn niet ongevaarlijk en worden helaas vaak ook te laat ontdekt. De aortakliniek brengt alle specialisten samen en spoort patiënten en zorgverleners aan om alert te zijn.



🌐 www.maguza.be
📺 UZAnieuws
📱 UniversitairZiekenhuisAntwerpen

UZA

Kojo (53) had een aortascheur
**‘Vanuit het buitenland
ben ik naar
het UZA gevlogen’**



Dossier



Prof. dr. Jeroen
Hendriks, thorax- en
vaatchirurg



Cardiochirurg
dr. Steven Laga



Prof. dr. Paul Van Herck,
cardioloog



Prof. dr. Bart Loeys,
geneticus



Dienst cardiochirurgie,
T03 821 30 71

Dienst cardiologie,
T03 821 35 38

Dienst thorax- en
vaatheelkunde,
T03 821 37 85

www.uza.be/oartakliniek



Aorta-alarm

'Alleen opereren als het niet anders kan'

Van een gescheurde aorta, in de volksmond soms foutief hartaderbreuk genoemd, tot een vernauwde hartslagader: de aortakliniek behandelt aortaproblemen met een uitgebreid multidisciplinair team.

Veel mensen zijn zich amper bewust van hun aorta, laat staan dat ze weet hebben van mogelijke aorta-aandoeningen. De aorta of hartslagader is de grootste slagader in ons lichaam. Het eerste deel, de opstijgende aorta, vertrekt vanuit de linkerhartkamer omhoog, om daarna een bocht te maken via de aortaboog en vervolgens via de dalende aorta tot aan de liezen te lopen. Elke minuut stroomt er zo'n vijf liter zuurstofrijk bloed via de aorta doorheen ons lichaam.

Van alle aorta-aandoeningen is het aneurysma, een uitzetting van de vaatwand, wellicht het bekendst. Maar er kan bijvoorbeeld ook sprake zijn van een vernauwing, een scheur in de aortawand, een ontsteking of infectie ... 'Sinds begin 2018 centraliseren we de behandeling van al die problemen in de aortakliniek', zegt thorax- en vaatchirurg prof. dr. Jeroen Hendriks. 'Zo weten patiënten en verwijzende artsen meteen waar en bij wie ze terecht kunnen. We werken multidisciplinair: elke

donderdagochtend zitten alle specialisten samen om patiëntendossiers te bespreken. Aansluitend vinden alle raadplegingen plaats op dezelfde afdeling, zodat

De verschillende specialisten komen elke week samen om de patiëntendossiers te bespreken

we indien nodig gemakkelijk kunnen overleggen. We hebben veel expertise in complexe aortaproblemen en zijn ook een adviescentrum voor andere specialisten. Via onze website proberen we aortaproblemen ook meer zichtbaar te maken voor zorgverleners en het grote publiek.'

Vaste aanspreekpunten

Het kernteam bestaat uit artsen van de diensten vaatheelkunde, cardiochirurgie, cardiogenetica en radiologie. Allemaal specialisten die de helft of meer van hun tijd aan aortaproblemen besteden en de nieuwste evoluties in dat vakdomein nauwgezet opvolgen.

Ook de cardioloog speelt een belangrijke rol. 'Bij een acute scheur in de aorta stellen wij vaak mee de diagnose met een echografie en brengen we eventuele hartschade voor de chirurg in kaart', legt cardioloog prof. dr. Paul Van Herck uit. 'Daarnaast volgen we patiënten mee op, zowel voor of na een eventuele ingreep, om de cardiovasculaire risicofactoren te behandelen. Bloeddrukcontrole is daarbij een van onze voornaamste bekommernissen. Voor een operatie evalueren wij vaak ook of de patiënt sterk genoeg is voor de ingreep.' Afhankelijk van de aandoening doet het team soms ook een beroep op de reumatoloog, de dienst nucleaire geneeskunde of de microbioloog. 'Per discipline hebben we vaste aanspreekpunten. Dat zorgt voor een vlotte samenwerking', zegt Hendriks.

Risico's afwegen

De behandelingen evolueren voortdurend. 'Opereren hoeft niet altijd', licht Hendriks toe. 'Soms volstaat een goede opvolging en medicatie. Bloeddruk, cholesterol en aderverkalking proberen we zo goed mogelijk onder controle te houden, en de patiënt mag uiteraard niet roken. Van sommige >

>

bestaande medicijnen vermoeden we dat ze de verwijding van de aorta kunnen afremmen of juist versnellen: dat wordt nu volop onderzocht.'

Het team weegt altijd zorgvuldig de risico's van een operatie af tegen de risico's van de aandoening. 'We opereren alleen maar als het risico op een scheur te groot wordt', zegt cardiochirurg dr. Steven Laga: 'Technisch stellen er zich meestal geen problemen tijdens de operatie, maar veel van de patiënten zijn al ouder en hebben bijkomende ziektes. Daardoor kan zo'n ingreep belangrijke gevolgen hebben, zoals tijdelijke of blijvende nier schade. Maar door patiënten pas te opereren als ze in een zo goed mogelijke conditie zijn, kunnen we veel problemen voorkomen.'

Bloedsomloop stilleggen

80 procent van de aortaingrepen gebeurt vandaag endovasculair, wat betekent dat de chirurg een slagader aanprikt en via die weg tot bij het zieke aortageedeelte geraakt. Dat vermindert sterk de risico's, maar kan helaas niet altijd. Bij problemen van de stijgende aorta of de aortaboog is een open operatie meestal nog onvermijdelijk. 'Soms opereren de vaat chirurg en de cardiochirurg dan

samen. 'Dat gebeurt bijvoorbeeld als we nét voorbij de aortaboog of gelijktijdig in de borstkas en de buik moeten opereren', vertelt Laga. 'De patiënt moet dan aan de hartlongmachine, een procedure waarmee wij meer vertrouwd zijn.' Bij sommige ingrepen moet het team de bloedsomloop volledig stilleggen. 'Dan verlagen we de lichaamstemperatuur tot 18 graden Celsius, om het zuurstofverbruik in de hersenen tot een minimum te beperken. Dat zijn uiteraard geen eenvoudige operaties. We doen zoiets dan ook alleen maar als het echt niet anders kan', aldus Laga. ●

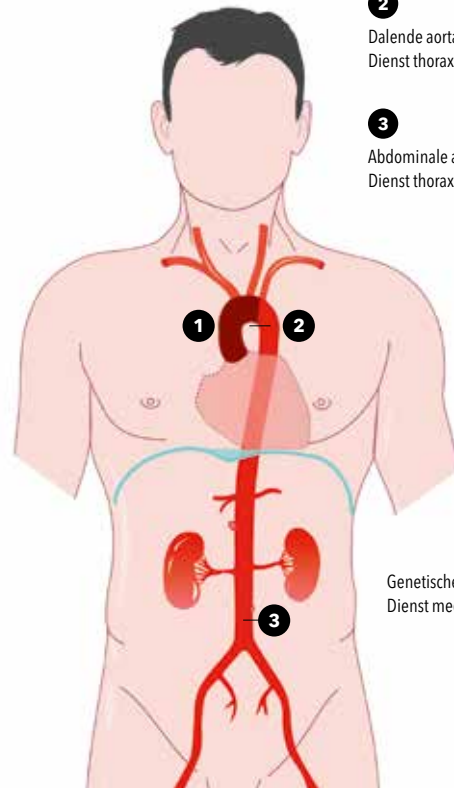


Werelddag Ziekte van de Aorta

Op donderdag 19 september is het wereldwijd Aortic Disease Awareness Day (Werelddag Ziekte van de Aorta). In de inkomhal van het UZA brengen medewerkers van de aortakliniek het thema die dag onder de aandacht.

Wie behandelt de aorta?

- 1** Opstijgende aorta en aortaboog
Dienst cardiochirurgie
- 2** Dalende aorta
Dienst thorax- en vaatheelkunde
- 3** Abdominale aorta
Dienst thorax- en vaatheelkunde



Genetische screening
Dienst medische genetica

Aortakliniek



Het kernteam van de aortakliniek bestaat uit vaatchirurgen, cardiochirurgen, radiologen en een geneticus. Ook de cardioloog, de intensivist en de anesthesist spelen een belangrijke rol. Afhankelijk van de aandoening worden nog andere specialisten ingeschakeld.



De aortakliniek centraliseert de behandeling van aorta-aandoeningen en is daarbij gespecialiseerd in complexe problemen. Tegelijk is het een adviescentrum voor andere specialisten.



Het team behandelt vooral de volgende aortaproblemen:

- aneurysma's
- vernauwingen
- scheur van de aortawand
- ontstekingen
- infecties
- beschadiging, bijvoorbeeld na een ongeval
- aangeboren afwijkingen



5 vragen over het aneurysma

aan prof. dr. Jeroen Hendriks, vaatchirurg,
en prof. dr. Bart Loeys, geneticus

Een aneurysma, een verwijding van het bloedvat zeg maar, kan lange tijd ongemerkt groeien zonder dat je er erg in hebt. Hoe weet je of jij een risico loopt? En wat doe je als je de diagnose krijgt?

1

Wat is een aneurysma?

Een aneurysma is een verbreding van een bloedvat: je kunt het vergelijken met een ballon die geleidelijk wordt opgeblazen, tot de spanning op de wand zo groot wordt dat die scheurt. Een abdominaal aorta-aneurysma of buikaneurysma komt het vaakst voor. Daarnaast kun je ook een aneurysma in de borstkas ontwikkelen, een zogenaamd thoracaal aorta-aneurysma. Meestal gaat het dan om een aortaverwijding aan de uitgang van het hart. Daarnaast kunnen er overal elders in het lichaam aneurysma's ontstaan. De aandoening geeft zo goed als nooit symptomen, tenzij het aneurysma scheurt.

2

Hoe groot is de kans dat ik het ook krijg?

Een thoracaal aneurysma komt maar bij 1 op de 10.000 mensen voor. Een buikaneurysma is minder zeldzaam: ongeveer 1 procent van de Belgische mannen krijgt er ooit mee te maken. Vrouwen worden veel minder vaak getroffen. De meeste patiënten zijn 50 jaar of ouder. Je risico is groter als je rookt, een hoge bloeddruk hebt of de aandoening voorkomt in je familie. Het team van de aortakliniek sensibiliseert artsen, in de eerste plaats huisartsen, om alle mannelijke 65-plussers die roken of hebben gerookt, door te verwijzen voor screening. Het volstaat om een echografie te nemen van de aorta. Soms komt een aneurysma toevallig aan het licht, bijvoorbeeld op een scan van de longen of de buik. Bij thoracale aneurysma's speelt erfelijkheid een grote rol. Daarom is het belangrijk dat eerstegraadsverwanten van getroffen patiënten – ouders, kinderen, broers en zussen – hun aorta laten nakijken.

3

Hoe behandelen?

Vaak volstaat opvolging, eventueel aangevuld met medicatie. Patiënten met problemen van een te hoge bloeddruk of cholesterol, moeten dat absoluut aanpakken. Ook roken is uit den boze. Naargelang het type aneurysma is er vanaf een bepaalde grootte risico op scheuren. Als de verwijding te groot wordt, zal je arts een operatie voorstellen. De chirurg plaatst dan een vaatprothese in het verzwakte stuk slagader of vervangt dat door een slagader uit kunststof. Bij een thoracaal aneurysma moet de chirurg soms ook de aortaklep vervangen. Na de operatie blijft nauwgezette opvolging nodig en moet je meestal medicatie blijven nemen. Soms moet je na veel jaren opnieuw een ingreep ondergaan.

4

Mag ik met een aneurysma nog sporten?

Sporten mag zeker en is gezond voor de bloedvaten. Vermijd wel sporten waarbij je druk in de borstkas of een hoge bloeddruk creëert, zoals gewichtheffen, je optrekken aan een balk of opdrukken. Ook piekspanningen zijn af te raden. Zolang je nog een normaal gesprek kunt voeren tijdens het sporten, zit je goed.

5

Hoe merk je dat een aneurysma scheurt?

Als een thoracaal aneurysma scheurt, voelen patiënten meestal een hevige pijn tussen hun schouderbladen en verliezen ze vaak het bewustzijn. Een aneurysma in de buik vertaalt zich als felle pijn in de borstkas of de buik en in de rug. De patiënten gaan dikwijls transpireren en voelen zich erg benauwd. Alleen een acute operatie kan dan redding brengen. Maar de kans op een goede afloop is bij die patiënten helaas klein. Tot 85 procent van de patiënten die een abdominaal aneurysma krijgen buiten het ziekenhuis, overleeft het niet. Bij een thoracaal aneurysma bedraagt de kans op overlijden binnen de 24 uur zo'n 50 procent.

Kojo werd overgevlogen uit Polen voor operatie aortascheur

'Behandeling in UZA was voor mij de enige optie'

Het leek rugpijn, maar in het Poolse ziekenhuis waar Kojo (53) belandde, kwam een grote aortascheur aan het licht. 'Een repatriëring naar het UZA was mijn beste optie, dus nam ik het risico.'

Kojo woont in België, heeft twee zonen in Engeland en werkt momenteel voor zijn job in de banksector in Bulgarije. Reizen zit hem in het bloed, maar toch was hij die bewuste zondagavond liever in België geweest. 'Ik verbleef die week in Polen bij mijn Poolse vriendin. 's Avonds kreeg ik opeens ontzettende pijn tussen mijn schouderbladen, zo hevig dat ik pas later de al even intense pijn in mijn buik opmerkte. Op de duur kon ik niet meer zitten, liggen of staan, zoveel pijn had ik.'

In alle vroegte klopten ze aan bij een privaat medisch centrum in de buurt. Vandaar gingen ze naar een privé-ziekenhuis, waar ze uren moesten wachten. 'Op de duur ben ik bij de receptie op tafel gaan kloppen. Ik wilde op dat moment of een dokter, of een ziekenhuisbed. Ik voelde me echt doodziek', vertelt Kojo. Kort daarna onderging hij een scan en kreeg hij de diagnose: zijn aorta was over de hele lengte gescheurd. Godzijdank zonder bloedverlies: anders had hij

het wellicht niet kunnen navertellen. De artsen verwezen hem door naar een groot staatsziekenhuis in Warschau, waar hij een dikke twee weken op intensieve zorg verbleef.

Kojo: 'Die mensen deden hun best, maar ze waren onderbemand en werkten met verouderde apparatuur. Ik kreeg medicatie en werd nauwgezet opgevolgd. Na twee weken was er sprake van een operatie, een open ingreep. Dat zinde me allerminst. Door mijn werk heb ik veel contacten in de Antwerpse ziekenhuiswereld, dus stuurde ik een mail naar vrienden en kennissen. Of iemand een goede vaatchirurg kende? Via UZA-cardiochirurg dr. Dina De Bock kwam ik in contact met prof. dr. Jeroen Hendriks. Toen die de doorgestuurde scans bekeek, verzekerde hij me dat een operatie via de lies mogelijk moest zijn.'

'Als er iets gebeurt, ga je dood'
Dr. De Bock hielp Kojo's repatriëring te regelen. 'Een Oostenrijks team met een arts bracht mij met een privé-vliegtuigje

naar België. Nog voor die arts mij begroette, wees hij op de risico's: *Als je in de lucht iets voorhebt, kan ik niets voor je doen en ga je dood.* Maar het leek voor mij de enige optie, dus nam ik het risico.'

In het UZA werd Kojo al verwacht. Het contrast was groot. 'Het voelde een beetje als *Back*

De geneticus van de aortakliniek ging op zoek naar erfelijke factoren

to the Future', lacht Kojo. 'Al die moderne apparatuur. En hier legden de artsen wel alles goed uit, hadden de verpleegkundigen wel tijd voor een praatje. Ik voelde mij meteen op mijn gemak.' Een week later onderging Kojo een eerste operatie. Met een katheter, een dun buisje, werden protheses tot in het bovenste deel van zijn aorta geschoven om die te verstevigen. Er bleken uiteindelijk drie operaties nodig, verspreid over een vijftal

Prof. Hendriks verzekerde mij dat een operatie via de lies mogelijk moest zijn



maanden, om de volledige aorta te behandelen. Dankzij de plaatselijke verdoving kon hij alles meevolgen op de monitor. ‘Fascinerend. Maar voor je plezier doe je zoiets niet.’

Stress en hoge bloeddruk

Intussen is hij aan de beterhand. Hij is weer aan het werk en doet zijn best om dagelijks ‘zijn stappen’ te halen zoals prof. Hendriks hem aanraadde. ‘Het ommetje van aan mijn appartement in Nieuwpoort tot aan het eind van de pier, nauwelijks een kilometer, was na mijn eerste operatie een geweldige inspanning. Nu gaat het beter, maar ik ben nog altijd snel vermoeid.’

Rest de vraag waarom hem dit overkwam. Kojo: ‘De jaren voordien had ik veel stress gehad: de sluiting van een bankafdeling in Polen die ik moest afhandelen, mijn scheiding die ik niet had zien aankomen ... En dan moet er nog een ongekend probleem van hoge bloeddruk zijn geweest. Had het daarmee te maken?’ De geneticus van de aortakliniek startte

een onderzoek naar mogelijke erfelijke factoren. Dat zijn moeder destijds in haar slaap overleed, roept vandaag vragen op.

Toch ziet Kojo de toekomst optimistisch tegemoet. Zijn bloeddruk moet hij goed onder controle houden, maar verder

mag hij zijn normale leven weer oppakken. Of hij niet bang is om opnieuw hetzelfde mee te maken? ‘Eigenlijk niet. Met de protheses die mijn aorta versterken – ik noem het stukken tuinslang en kippengaas – voel ik me veiliger. Nee, ik ben gerust’, lacht hij. ●

Aangeboren aandoeningen vragen complexe zorg

De aortakliniek behandelt ook volwassenen met een aangeboren aorta-aandoening, zoals coarctatio aortae, een aangeboren vernauwing van de aorta-boog. ‘Die groep is vandaag groter dan vroeger omdat de behandeling van aangeboren aortazikten sterk is verbeterd. Daardoor bereiken meer patiënten de volwassen leeftijd’, legt cardiologe prof. dr. An Van Berendoncks uit. De patiënten kunnen in het UZA terecht bij een multidisciplinair team, dat bestaat uit een cardioloog, cardiochirurg, vaatspecialist, radioloog, echografist en geneticus. Zij

schakelen indien nodig ook een maatschappelijk werker of psycholoog in. ‘De meeste aangeboren aorta-aandoeningen geven lange tijd geen klachten. Toch heeft de diagnose van zo’n aandoening vaak een grote impact op iemands leven en familie. Medisch vraagt het een specifieke aanpak en opvolging. Nogal wat patiënten hebben immers meerdere kwalen tegelijk en zeker bij acute problemen zijn ze erg kwetsbaar. Dat laat je het best over aan een multidisciplinair aortateam met de nodige ervaring’, zegt cardioloog prof. dr. Bernard Paelinck.

Thoracaal aneurysma

En wat als het erfelijk is?

Als mensen voor hun vijftigste een aneurysma in de borstkas ontwikkelen, is de oorzaak bijna altijd genetisch. Een genetische diagnose is dan van groot belang voor de patiënt én zijn familie.

Bij een op de vijf patiënten die een thoracaal aneurysma krijgen, is er weet van minstens één familielid met ook een aortaprobleem. Omdat er een grote kans is op erfelijkheid, wordt er vaak een genetisch onderzoek opgestart. De geneticus richt zich in eerste instantie op de getroffen patiënt. Is die overleden, dan zoekt hij verder via zijn of haar medische historiek of binnen de naaste familie.

Op zoek naar het gen

‘We hebben een zogenaamd genenpaneel voor aortaverwijding; daarmee kunnen we testen op mutaties in alle gekende genen die aan de basis liggen van een thoracaal aneurysma, momenteel zo’n 34’, zegt geneticus prof. dr. Bart Loeys. ‘Als die test niets oplevert, analyseren we soms alle 21.000 genen.’ Dat laatste kan vandaag relatief snel dankzij de techniek *next generation sequencing*, waarbij alle genen tegelijk worden onderzocht. ‘Meestal vinden we twee- à driehonderd genmutaties die we nog niet zagen bij andere personen. Om te weten welke daarvan relevant is voor de aorta-aneurysma’s in de familie,

passen we die techniek toe op meerdere getroffen familieleden. We zoeken daarbij naar gemeenschappelijke varianten: die wijzen ons vaak de weg naar het veroorzakende gen’, vervolgt Loeys.

Eén kans op twee

Via dergelijk onderzoek kwam het genetisch team de voorbije jaren een vijftal nieuwe genen, verantwoordelijk voor aorta-aneurysma’s in de borstkas, op het spoor. Daarmee staat het wereldwijd aan de top. Een door Loeys ontdekt syndroom kreeg deels zijn naam: het Loeys-Dietz-syndroom, dat naast aortaproblemen onder meer nog andere vaatafwijkingen veroorzaakt.

Bij zo’n 30 procent van de onderzochte patiënten vindt het team effectief een genafwijking die het thoracale aneurysma verklaart. ‘Wat niet wil zeggen dat er bij die overige 70 procent geen erfelijkheid in het spel is. Meestal is het veroorzakende gen dan gewoon nog niet bekend’, weet Loeys. De meeste erfelijke aorta-aandoeningen zijn autosomaal dominant overdraagbaar: dat betekent dat eerstegraadsverwanten één kans op twee hebben om de ziekte ook te hebben, zowel mannen als vrouwen. ‘Het is dan ook belangrijk dat de familieleden worden ingelicht. Om die drempel te verlagen stellen wij brieven op die de patiënt aan zijn of haar familie kan bezorgen. Bijna altijd zien we die mensen hier vroeg of laat verschijnen.’

Wanneer opereren?

Genetisch belaste familieleden

kunnen mits behandeling en opvolging hun risico tot een minimum herleiden. Loeys: ‘Maar ook als er geen genmutatie is gevonden, is opvolging van de familie sterk aan te raden. Door geregeld een echografie of scan van de slagaders te maken, kunnen we eventuele problemen vroeg opsporen.’

Ook voor de behandeling is een genetische diagnose belangrijk. Als de artsen weten aan welk type aneurysma de patiënt lijdt, weten ze immers ook vanaf welke verwijding er een risico is op een scheur en een operatie dus noodzakelijk is. ‘Bij het ene aneurysma-gen opereren we dus sneller dan bij het andere. Artsen over de hele wereld verzamelen en delen die kennis, om zo tot duidelijke richtlijnen te komen’, aldus nog Loeys. ●

Europese erkenning



De aortakliniek van het UZA kreeg recent een audit door het Europees Referentienetwerk rond zeldzame vasculaire aandoeningen (VASCERN). De buitenlandse experts waren onder de indruk van de kwaliteit van de zorg en de uitstekende multidisciplinaire samenwerking. Ze kenden de aortakliniek dan ook het ERN-kwaliteitslabel toe met de grootste onderscheiding.



Dienst
medische genetica,
T03 275 97 74