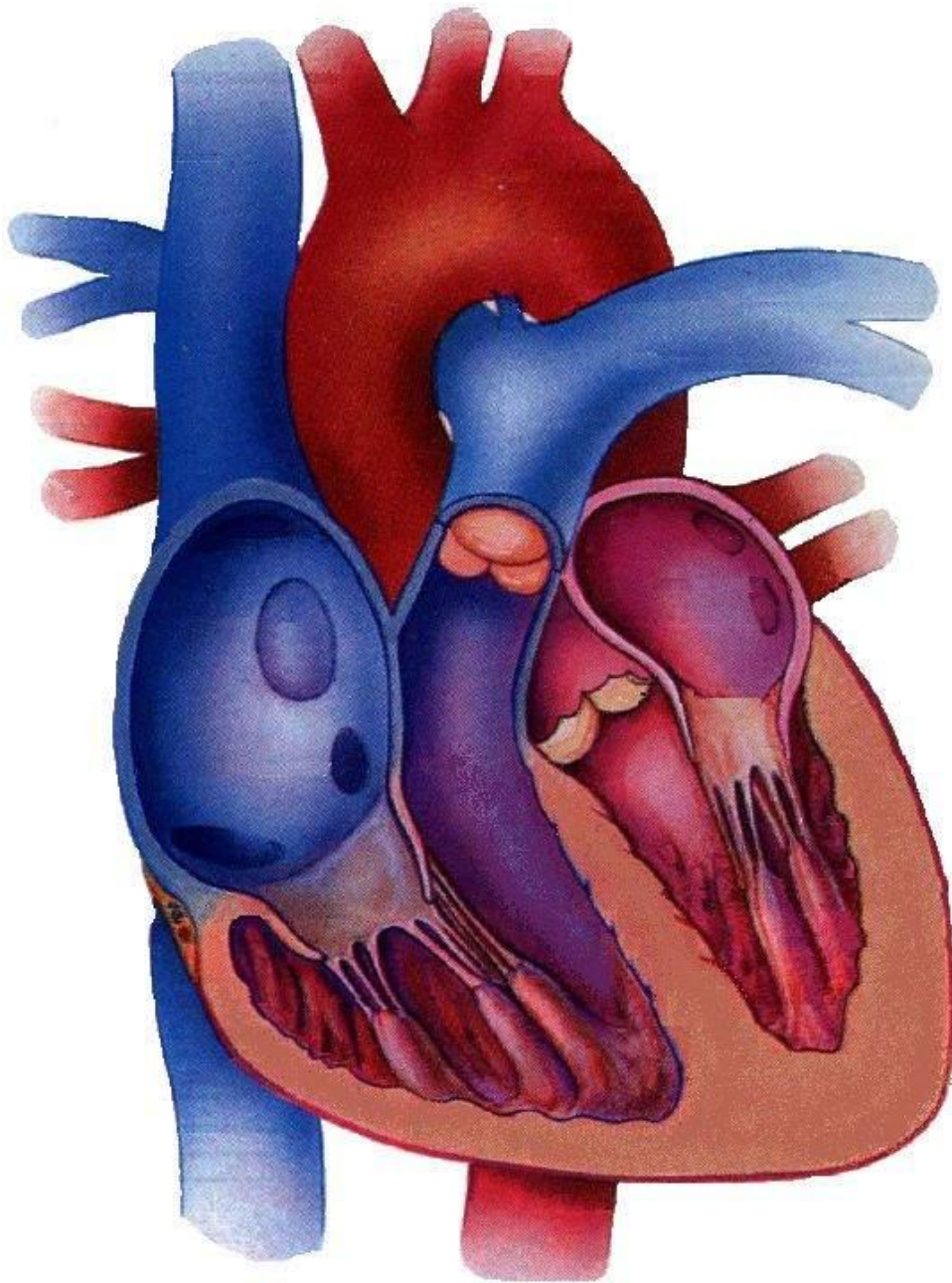


Transkatheter aortaklepipplantatie

Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)

(Patiënteninformatie)



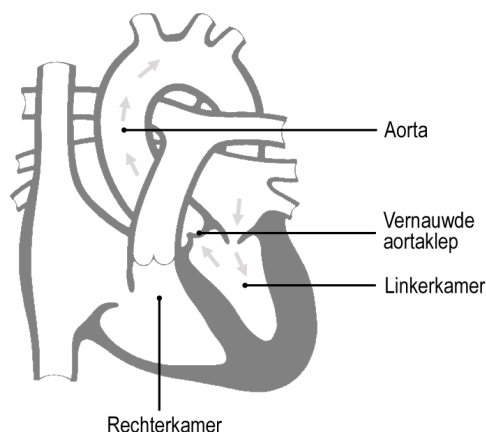
Inleiding

Deze informatie is bestemd voor patiënten die een transkatheter aortaklepimplantatie zullen ondergaan of hiervoor in aanmerking komen. Vaak heeft de behandelend arts of interventie-cardioloog al uitgebreid mondeling informatie gegeven over deze ingreep. Maar het is ook altijd handig om de informatie zelf of samen met familieleden rustig door te kunnen lezen. In deze informatiebrochure leest u waarom een transkatheter aortaklepimplantatie nodig is, welke onderzoeken er van tevoren nodig zijn, wat de ingreep inhoudt en wat de mogelijke risico's zijn. Verder leest u ook wat u na de ingreep op korte en lange termijn kan verwachten.

Inhoud	pagina
1. Aortaklepstenose	3
2. Aortaklepvervanging door middel van openhartoperatie	4
3. Transkatheter aortaklepimplantatie	5
4. Klepsoorten	6
5. Vooronderzoek / screening	7
6. Opname en voorbereiding	9
7. Implantatie via de lies (transfermoraal, TF-AVI)	10
8. Implantatie via de grote lichaamsslagader (transaortaal, TAo-AVI)	11
9. Implantatie via de punt van het hart (transapicaal, TA-AVI)	12
10. Duur van de ingreep en opname	13
11. Voordelen van transkatheter aortaklepimplantatie	13
12. Mogelijke risico's	13
13. Effecten van transkatheter aortaklepimplantatie	14
14. Nacontrole	14
15. Vragen	15

1. Aortaklepstenose

Bij u is een ernstige vernauwing (stenose) vastgesteld van een van de vier hartkleppen, namelijk de aortaklep. Deze klep zit op de overgang tussen de linker kamer en de grote lichaamsslagader, ook wel de aorta genoemd. Vaak wordt een aortaklepstenose veroorzaakt door verkalking en slijtage van de klep. Door vernauwing van de aortaklep moet het hart meer moeite doen om het bloed de aorta in te pompen. Het hart zal zich hierdoor in het begin aanpassen om ervoor te zorgen dat er voldoende bloed de circulatie ingepompt wordt. Dit gebeurt door middel van verdikking van de hartspier. Maar na verloop van tijd kan dit negatieve gevolgen voor de functie van het hart hebben. Dit uit zich meestal in klachten van kortademigheid, in het begin alleen bij inspanning maar later ook in rust. Daarnaast kunnen er klachten van duizeligheid of wegrakingen ontstaan doordat er minder bloed naar de hersenen gaat. Andere mogelijke uitingen van een ernstige aortaklepstenose zijn pijn op de borst, vocht vasthouden en hartkloppingen (bij ritmestoornissen). Zodra er klachten zijn van een (ernstige) vernauwing van de aortaklep is er reden om de aortaklep te vervangen. Dit is niet alleen nodig om patiënten van hun klachten af te helpen, maar ook om de levensverwachting te verbeteren. Als de aortaklep niet vervangen wordt, neemt de levensverwachting af omdat hierdoor na langere tijd ernstig hartfalen kan ontstaan. Hierdoor neemt de kans op een plotse hartdood toe.



Schematische afbeelding van het hart (rechts) waarin duidelijk de plaats van de vier kleppen te zien zijn. Door vernauwing van de aortaklep (aortaklepstenose) is de spierdikte van de linkerkamer toegenomen. De kleine grijze pijlen geven de richting van de bloedstroom aan.

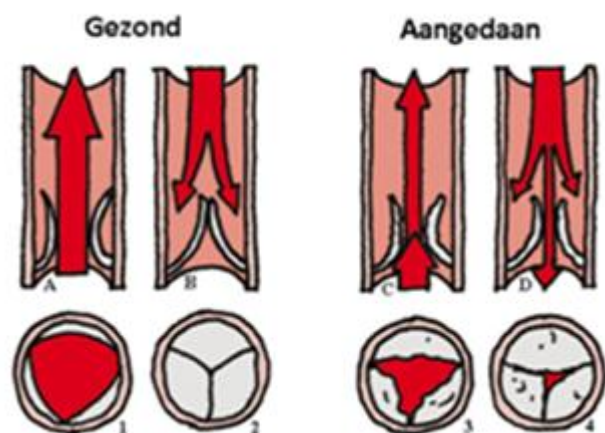
Afbeelding van aortaklepstenose (links).

Links de aortaklep in gezonde toestand:

De klep gaat goed open (1) en laat makkelijk bloed door naar het lichaam toe (A). Wanneer de klep gesloten is (2) dan kan er geen bloed terug het hart in stromen (B). De drie klepbladen sluiten goed aan (2).

Rechts de aortaklep in aangedane toestand:

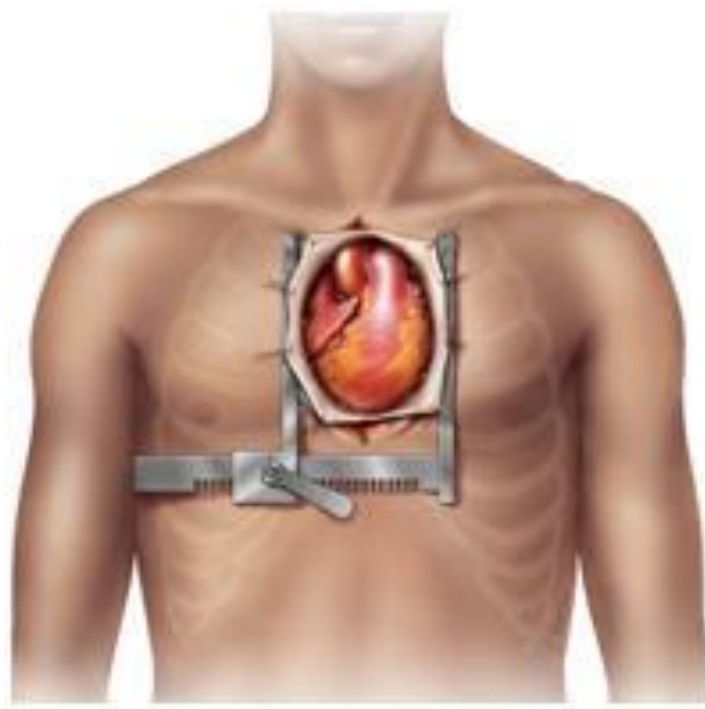
De klep gaat slecht open (3) en laat daardoor minder bloed door naar het lichaam toe (C). Hierdoor ontstaat ook een hoge druk in het hart. Wanneer de klep gesloten moet zijn dan sluiten de klepbladen vaak niet goed (4) en daardoor kan er bloed terug het hart in stromen (D).



2. Aortaklepvervanging door middel van openhartoperatie

Een openhartoperatie is momenteel de standaard ingreep om de aortaklep te vervangen. Dit is een zware ingreep waarbij, zoals bij elke ingreep, complicaties kunnen ontstaan. Na een openhartoperatie is bovendien een lange herstelperiode vaak onvermijdelijk, met een duur van tenminste 4 weken tot een aantal maanden. De kans op complicaties tijdens en na een openhartoperatie is vooral hoog bij mensen die relatief ouder zijn en andere (grote) gezondheidsproblemen hebben, zoals longproblemen, nierfunctiestoornissen of een eerdere hartoperatie. Hoe slechter de conditie en hoe meer gezondheidsproblemen, hoe hoger de kans op complicaties en des te langer ook de herstelperiode.

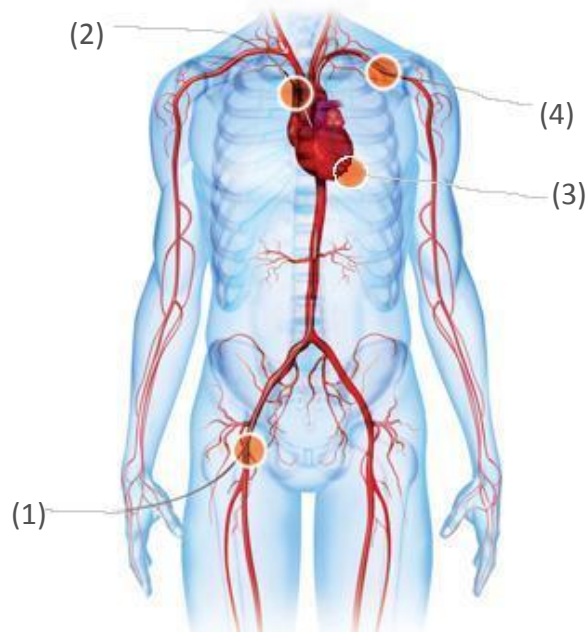
In specifieke gevallen is een aorta-klepvervanging door middel van een openhartoperatie niet mogelijk vanwege een te hoog risico op complicaties of bijvoorbeeld omdat dit technisch niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij een afwijkende borstkas of een kwetsbare aorta heeft. Voor zulke patiënten bestaat er sinds enkele jaren een nieuwe methode om de aortaklep te vervangen: de transkatheter aortakleplantatie (TAVI).



Weergave van een openhartoperatie via een opening in het borstbeen (sternum).

3. Transkatheter aortaklepipplantatie

Als alternatief voor een openhartoperatie is er een methode ontwikkeld waarmee de aortaklep via een katheter kan worden vervangen. 'Transkatheter' betekent dat er met een slang (katheter) toegang tot een bloedvat wordt verkregen. In geval van een transkatheter aortaklepipplantatie kan dit via één van de vier mogelijke toegangsroutes. De volledige ingreep vindt via deze weg plaats. Op basis van de onderzoeken die u krijgt in de vooronderzoeksperiode wordt de beste toegangsroute voor u bepaald.



De verschillende toegangsroutes bij een transkatheter aortaklepipplantatie.

1. *Transfemoraal / via de liesslagader (links of rechts).*
2. *Transaortaal / via de grote lichaamsslagader vlak boven het hart.*
3. *Transapicaal / via de punt van het hart, tussen de ribben door.*
4. *Transsubclavia / via de slagader die de armen van bloed voorziet.*

De eerste transkatheter aortaklepipplantatie bij de mens werd uitgevoerd in 2002. Vanwege het succes volgden er meer ingrepen bij mensen en in andere landen. Inmiddels zijn er wereldwijd tienduizenden transkatheter aortaklepipplantaties verricht. In de afgelopen jaren zijn zowel de techniek van de ingreep als de kleppen verder verfijnd en verbeterd. Sinds 2007 worden er in het AMC transkatheter aortaklepipplantaties verricht.

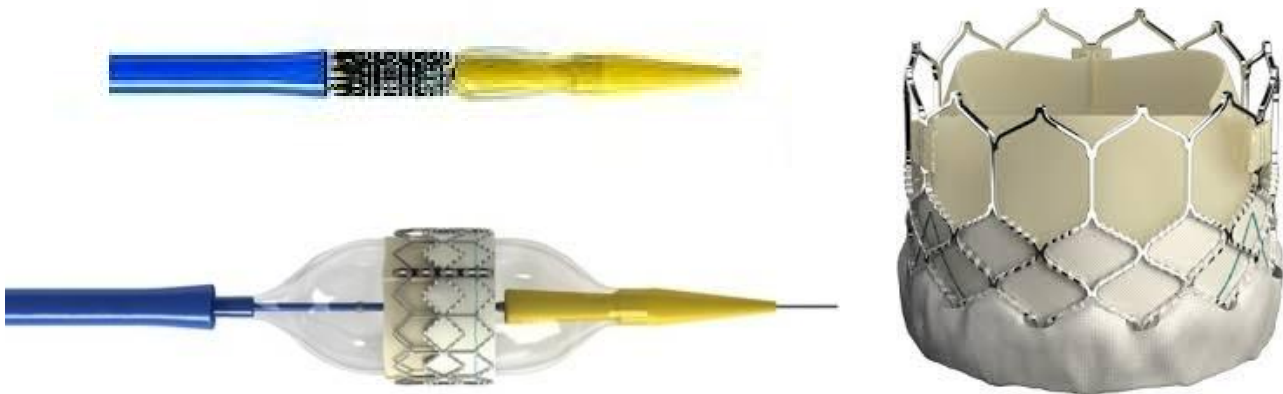
4. Klepsoorten

Er bestaan diverse klepsoorten. De klep die voornamelijk in het AMC gebruikt wordt is de Edwards Sapien 3, indien nodig kan er voor een andere klep gekozen worden (de CoreValve,

de Direct Flow, de Boston Lotus, de JenaValve en de St Jude Porticoklep). Welke klep en route voor u geschikt is en gebruikt wordt bepalen de artsen op grond van uw klinische gegevens. Voor u als patiënt maakt het voor het leven in principe niet uit welke klep u krijgt.

De kleppen bestaan uit een stent met daarin gehecht de nieuwe biologische aortaklep.

De stent met daarbinnen de nieuwe aortaklep zit samengeperst op het uiteinde van de katheter. Met behulp van de speciale katheter kan met handbediening op afstand de stent met hierin de aortaklep worden ontplooid ter plekke van de oude aangedane klep. Dit gebeurt ofwel door de ballon in de samengeperste klep op te blazen zodat de klep zich op zijn nieuwe plaats ontplooit of doordat de klep zich ter plaatse zelf ontplooit.



Boven een Sapien klep gekrimpt op de catheterballon en daaronder vervolgens opgeblazen door de catheterballon.

Sapien 3
(Edwards Lifesciences)



CoreValve
(Medtronic)

Direct Flow
(Direct Flow Medical)

Lotus Valve
(Boston Scientific)

Portico
(St.Jude Medical)

JenaValve
(JenaValve Technology)

5. Vooronderzoek / screening

Voordat de beslissing valt of iemand in aanmerking komt voor een transkatheter aortaklepimplantatie worden er eerst een aantal onderzoeken gedaan. Sommige onderzoeken zijn al gedaan door uw verwijzend cardioloog voordat u bent voorgesteld voor transkatheter aortaklepimplantatie. De onderzoeken die gedaan moeten worden zijn:

- hartkatheterisatie;
- CT-scan;
- echo van het hart;
- bloedonderzoek (o.a. nierfunctie);
- longfunctieonderzoek;
- gesprek met de anesthesist.

Hartkatheterisatie

Tenzij u recent nog een hartkatheterisatie ondergaan heeft krijgt U een hartkatheterisatie om uw kransslagaderen te beoordelen. Blijkt uit dit onderzoek dat u ernstige vernauwingen in een of meerdere kransslagaderen heeft dan moeten die meestal eerst gedotterd worden voordat een transkatheter aortaklepimplantatie gedaan kan worden. Tijdens de hartkatheterisatie worden er vaak ook aanvullende opnames met contrastvloeistof gemaakt van de aorta en de liesslagaders. Dit is nodig om de afmetingen en afwijkingen van deze vaten te bepalen. Afwijkingen in de aorta of liesslagaders kunnen namelijk technische problemen geven bij de uitvoering van een transkatheter aortaklepimplantatie via de lies. Bij voorkeur maken we deze opnames tijdens de hartkatheterisatie. Het is hier van belang om van tevoren aan te geven of u overgevoelig of allergisch bent voor bepaalde geneesmiddelen, desinfectiemiddelen (bv. jodium) of contrastvloeistof.

CT-scan

In het AMC zal er in principe ook van tevoren een CT-scan gemaakt worden van het hart en de grote vaten en soms een MRI-scan. Dit onderzoek is nodig om andere belangrijke eigenschappen van het hart en de grote vaten te beoordelen. Zoals de afmetingen van de klep en de hoeveelheid kalk in het hart en de grote vaten.

Bloedonderzoek (o.a. nierfunctie)

Een van de onderzoeken is bloedonderzoek, o.a. in verband met de nierfunctie. Bent u niet opgenomen in een ziekenhuis en heeft u een goede nierfunctie? Dan vinden de onderzoeken in het AMC op één dag plaats via de polikliniek. Bent u opgenomen in een ziekenhuis en/of heeft u een verminderde nierfunctie? Dan zult u meestal één of twee dagen in het AMC opgenomen worden voor de aanvullende onderzoeken.

Longfunctieonderzoek

Als u recent nog geen longfunctieonderzoek gehad heeft zal er ook een longfunctieonderzoek gedaan worden. Zo nodig wordt uw eventuele eigen longarts om informatie gevraagd en/of wordt u behandeld door een longarts in het AMC.

Gesprek met de anesthesist

Hoe de hartklep ook wordt ingebracht, u wordt tijdens de procedure altijd bewaakt en zo nodig behandeld door de anesthesioloog. Om risico's van eventuele narcose tevoren in te kunnen schatten zal u van te voren een vragenlijst opgestuurd krijgen en deze op de screeningsdag met de anesthesioloog bespreken.

Tijdens alle vooronderzoeken is het steeds van belang dat duidelijk door u aangegeven wordt of u overgevoelig of **allergisch** bent voor bepaalde geneesmiddelen, desinfectiemiddelen (bv. jodium) of contrastvloeistof. Als u een **medicijnenkaart** heeft, neemt u die dan mee. Als u die niet heeft, neemt u dan de verpakkingen van uw medicijnen mee.

U wordt aangeraden om iemand mee te nemen die goed ter been is. Deze persoon kan u gedurende uw bezoek ondersteunen en helpen om bij het volgende onderzoek te komen.

Na afronding en verwerking van al deze onderzoeken kan er in een multidisciplinair artsenuitvoerend een definitieve beslissing genomen worden over de te kiezen behandeling.

6. Opname en voorbereiding

Ter voorbereiding op de ingreep wordt u meestal een dag van tevoren opgenomen op een van de verpleegafdelingen van het Hartcentrum van het AMC. Door de zaalarts, artsonderzoeker en cardioloog worden nog een keer alle medische gegevens gecontroleerd. Ook vindt er opnieuw lichamelijk onderzoek plaats en wordt er bloedonderzoek verricht. Uiteraard kunt u dan ook nog vragen stellen over de ingreep.

Bent u allergisch voor jodium of contrastvloeistof?

Het is belangrijk om aan te geven of u allergisch bent voor jodium. Want hiermee wordt tijdens de ingreep de huid rond de toegangsweg (lies, borstkas en/of borstwand) ontsmet. Als u allergisch bent voor jodium dan kan hiervoor in de plaats alcohol gebruikt worden. Ook is het belangrijk om aan te geven of u allergisch bent voor contrastvloeistof.

Gebruikt u medicijnen?

Voor de ingreep worden sommige medicijnen gestopt en zullen andere medicijnen mogelijk gestart worden. Mocht u acenocoumarol (Sintrom), fenprocoumon (Marcoumar) of dabigatran (Pradaxa) gebruiken, dan moet u dit van tevoren melden. Deze medicatie moet een bepaalde periode voor de ingreep gestopt worden. Als het nodig is dan kan het tijdelijk vervangen te worden door heparine of nadroparine (Fraxiparine). Dit is wel afhankelijk van de reden waarom u deze medicijnen inneemt, bijvoorbeeld ivm een aortakunstklep of een mitraliskunstklep. De dokter zal na de ingreep u weer uw medicijnen voorschrijven en ook aangeven wanneer u bepaalde medicijnen weer kunt gebruiken. Dit geldt ook voor instructies met betrekking tot het antistollingsmedicijn.

De avond voor de ingreep krijgt u, indien verantwoord, slaapmedicatie voorgeschreven. Als u 's avonds nog geen infuus gekregen heeft dan krijgt u dit nog op de ochtend van de ingreep. Dit infuus wordt onder andere gebruikt voor de antibiotica die u voor en na de ingreep krijgt. Afhankelijk van de gebruikte techniek krijgt u wel of niet medicijnen voorgeschreven om rustiger te worden.

Eenmaal op de locatie aangekomen waar de hartklep wordt ingebracht worden nogmaals alle belangrijke aandachtspunten door al het betrokken personeel gecheckt. Dit noemen we de 'Time Out' procedure. U zult worden aangesloten aan apparatuur voor bewaking van alle vitale functies, zoals ademhaling en bloedsomloop. Ook worden bij u onder lokale verdoving buisjes ingebracht in bloedvaten. Het inbrengen van de hartklep via de liesslagaders vindt in het algemeen plaats onder plaatselijke verdoving. Voor de andere benaderingen is narcose noodzakelijk. Als de procedure onder narcose plaatsvindt, krijgt u een kapje met zuurstof en slaapmedicatie toegediend en maakt u de rest van de procedure niet mee. Als u onder narcose bent worden slangen in de keel ingebracht: een beademingstube in de luchtpijp en eventueel een slang/probe voor echocardiografie. Van die slangen in de keel kunt u na de procedure gedurende enkele dagen een rauw gevoel in de keel hebben. Doorgaans trekt dit binnen een paar dagen helemaal weg.

7. Implantatie via de lies (transfemoraal, TF-AVI)

Een transkatheter aortaklepimplantatie via de liesslagader (arteria femoralis, transfemorale ingreep) vindt plaats op de hartkatheterisatiekamer. Twee interventiecardiologen of een interventiecardioloog en een hartchirurg zullen de implantatie doen. De ingreep wordt in principe verricht onder plaatselijke verdoving.

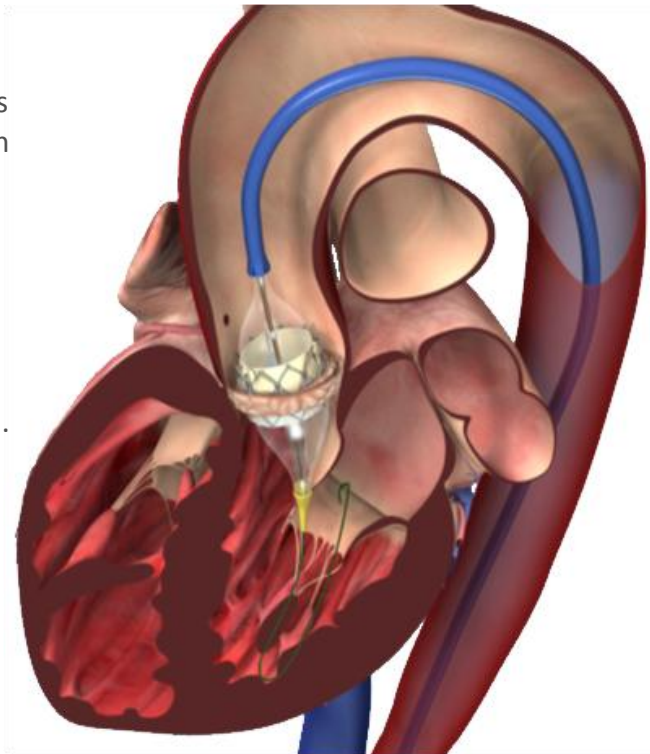
Bij deze ingreep wordt een tijdelijke pacemakerdraad in de rechter kamer van het hart geplaatst via de liesader. Deze draad zit vast aan een pacemaker en is nodig om de nieuwe klep nauwkeurig te kunnen plaatsen. Ook kan de pacemaker eventueel de hartslag overnemen als er tijdens of na de ingreep geleidingsproblemen optreden in het hart. Er worden katheters in beide liesslagaders geplaatst, een voor opnames van de lichaamsslagader 'de aorta' met contrast en een voor het plaatsen van de nieuwe klep. Tijdens de contrastopnames voelt u een warm gevoel in het lichaam, vooral in de benen en het hoofd.

Voordat de daadwerkelijke klepimplantatie plaatsvindt, wordt in het algemeen eerst de oude aangedane klep opzij geduwd met een ballonkatheter, tijdens een versnelde hartslag. Het kan zijn dat u zich door de snelle hartslag op dat moment even duizelig voelt. Dit trekt snel bij. Op het moment dat dit kan gebeuren wordt dit aangegeven door de arts en begeleidt de anesthesist u hierbij.

Vervolgens wordt de nieuwe aortaklep geplaatst ter hoogte van de oude aangedane aortaklep, in het algemeen ook weer tijdens een versnelde hartslag.

Na de implantatie van de nieuwe klep worden de plaats en functie van deze klep gecontroleerd. Dit gebeurt door middel van echocardiografie en een onderzoek met contrastmiddel.

Hierna verwijdert de operateur de katheters uit de liesslagaders en sluit de liesopeningen met een onderhuidse hechting. Om liesbloedingen zoveel mogelijk te voorkomen krijgt u een drukballonnetje op de huid en als het nodig is een drukverband. De tijdelijke pacemakerdraad blijft als dat nodig is in de lies. Er kunnen namelijk nog hartritme problemen optreden. De pacemakerdraad wordt dan meestal na een dag uit de lies verwijderd. Maar als er geleidingsproblemen in het hart blijven bestaan dan is het mogelijk dat u een permanente pacemaker nodig heeft.



De plaatsing van de nieuwe aortaklep via de lies.

8. Implantatie via de grote lichaamslagader (transaortaal, TAO-AVI)

Een transkatheter aortaklepimplantatie via de grote lichaamslagader (aorta, transaortale ingreep) vindt plaats op de hartkatheterisatiekamer. Een hartchirurg en een interventiecardioloog voeren de ingreep uit. Voor deze ingreep krijgt u algehele narcose. Bij de ingreep is een anesthesioloog (verdovingsarts) aanwezig. De ingreep vindt plaats via een klein opening/luikje in het borstbeen om bij de grote lichaamslagader te komen. Daarlangs kan dan met behulp van een katheter de klepimplantatie plaatsvinden.

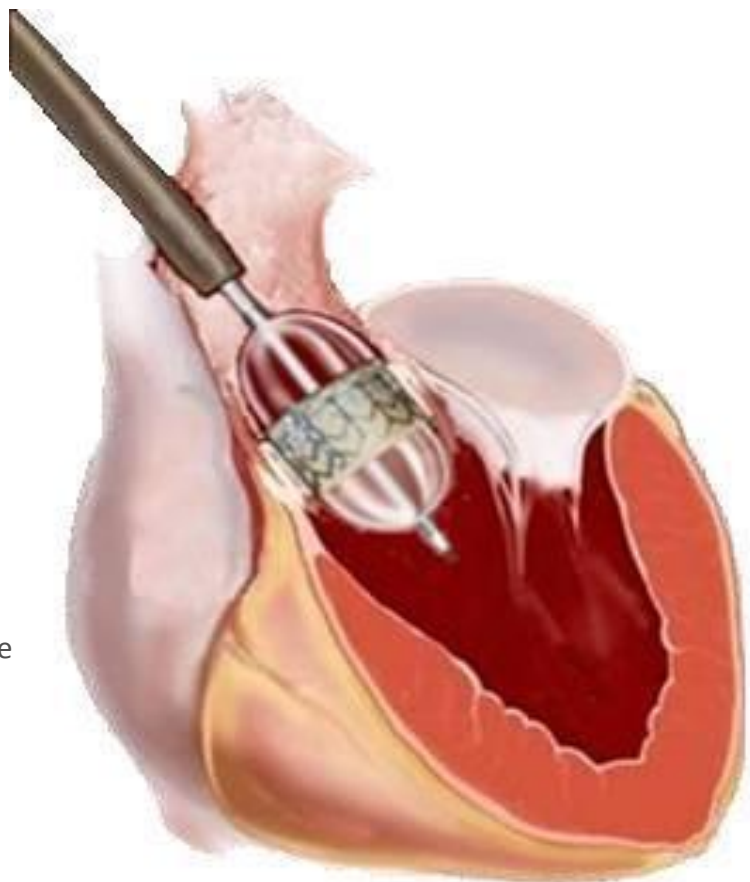
Bij deze ingreep krijgt u via de liesader een tijdelijke pacemakerdraad in de rechter kamer van het hart. Deze draad zit vast aan een pacemaker en is nodig om het hart snel te laten kloppen. Ook kan de pacemaker eventueel de hartslag over te nemen als er tijdens of na de ingreep geleidingsproblemen optreden in het hart. Verder krijgt u ook een katheter in de liesslagader om opnames met contrastvloeistof te maken.

Voordat de daadwerkelijke klepimplantatie plaatsvindt, wordt in het algemeen eerst de oude aangedane klep opzij geduwd met een ballonkatheter, tijdens een versnelde hartslag. Het kan zijn dat u zich door de snelle hartslag op dat moment even duizelig voelt. Dit trekt snel bij. Op het moment dat dit kan gebeuren wordt dit aangegeven door de arts en begeleidt de anesthesist u hierbij.

Vervolgens schuift de hartchirurg via de grote lichaamslagader met behulp van een speciale katheter de nieuwe aortaklep op naar de oude aangedane aortaklep.

Na de implantatie van de nieuwe klep worden de plaats en functie van deze klep gecontroleerd. Dit gebeurt door middel van echocardiografie en een onderzoek met contrastmiddel.

Hierna verwijdert de operator de katheters en sluit de opening aan de bovenkant van het sternum. De tijdelijke pacemakerdraad blijft als dat nodig is in de lies. Er kunnen namelijk nog hartritme problemen optreden. De pacemakerdraad wordt dan meestal na een dag uit de lies verwijderd. Maar als er geleidingsproblemen in het hart blijven bestaan dan is het mogelijk dat u een permanente pacemaker nodig heeft.



De plaatsing van de nieuwe aortaklep via de Aorta ascendens.

9. Implantatie via de punt van het hart (transapicaal, TA-AVI)

Een transkatheter aortaklepimplantatie via de punt van het hart (apex, transapicale ingreep) vindt plaats op de hartkatheterisatiekamer. Een hartchirurg en een interventie-cardioloog voeren de ingreep uit. Voor deze ingreep krijgt u algehele narcose. Bij de ingreep is een anesthesioloog (verdoovingsarts) aanwezig. De ingreep vindt plaats via een kleine opening in de borstwand (tussen de ribben door) en de punt van het hart. Daarlangs kan dan met behulp van een katheter de klepimplantatie plaatsvinden.

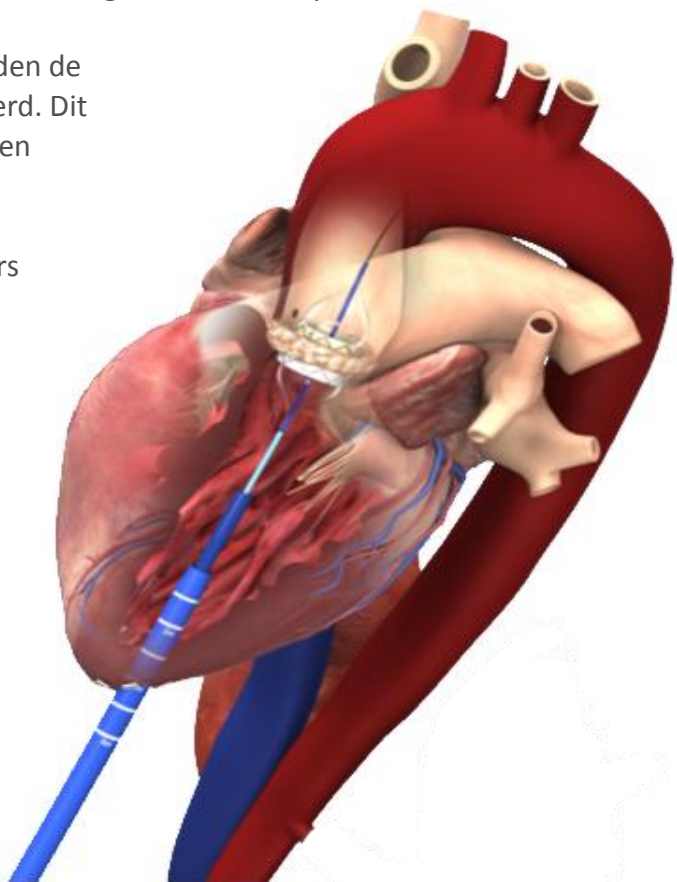
Bij deze ingreep worden tijdelijke pacemakerdraadjes op het hart gehecht. Deze draadjes zijn nodig om het hart snel te laten kloppen en eventueel de hartslag over te nemen, mochten er tijdens of na de ingreep geleidingsproblemen optreden in het hart. Ook wordt een katheter in de liesslagader geplaatst voor het maken van de opnames met contrastvloeistof.

Voordat de daadwerkelijke klepimplantatie plaatsvindt, wordt in het algemeen eerst de oude aangedane klep opzij geduwd met een ballonkatheter, tijdens een versnelde hartslag. Het kan zijn dat u zich door de snelle hartslag op dat moment even duizelig voelt. Dit trekt snel bij. Op het moment dat dit kan gebeuren wordt dit aangegeven door de arts en begeleidt de anesthesist u hierbij.

Vervolgens schuift de hartchirurg via de grote lichaamsslagader met behulp van een speciale katheter de nieuwe aortaklep op naar de oude aangedane aortaklep.

Na de implantatie van de nieuwe klep worden de plaats en functie van deze klep gecontroleerd. Dit gebeurt door middel van echocardiografie en een onderzoek met contrastmiddel.

Hierna verwijdert de operateur de katheters en sluit de openingen in de punt van het hart en de borstwand. Bij het sluiten van de wond blijft een drain (afvoerbuisje) achter die het achtergebleven vocht kan afvoeren. De tijdelijke pacemakerdraadjes blijven tijdelijk zitten, vanwege het mogelijk optreden van hartritme problemen. De pacemakerdraadjes worden meestal na enkele dagen verwijderd. Maar als er geleidingsproblemen in het hart blijven bestaan dan is het mogelijk dat u een permanente pacemaker nodig heeft.



De plaatsing van de nieuwe aortaklep via de punt van het hart (apex).

10. Duur van de ingreep en opname

De ingreep op de hartkatheterisatiekamer duurt circa 1½ tot 3 uur en is mede afhankelijk of u onder algehele narcose gaat. Na de ingreep wordt u ofwel naar de Hartbewaking, de uitslaapkamer (verkoeverkamer) of de Intensive Care gebracht. Dit is afhankelijk van het verloop en de route van de ingreep. De duur van de opname hangt sterk samen met het optreden en de ernst van eventuele complicaties van de ingreep. Zodra er een stabiele situatie is bereikt wordt vaak geprobeerd u over te plaatsen naar de gewone verpleegafdeling. Van daaruit gaat u dan naar uw eigen ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur rondom de transkatheter aortaklepimplantatie (inclusief de opname in uw eigen ziekenhuis) is één week.

11. Voordelen van transkatheter aortaklepimplantatie

De verwachte voordelen van de transkatheter aortaklepimplantatie zijn:

- De ingreep is minder ingrijpend, minder belastend dan een grote openhartoperatie.
- Geen narcose nodig als de ingreep via de lies (transfemoraal) plaatsvindt.
- Een kleinere kans op risico's en ongemakken (zoals tijdelijke verslechtering van de hartfunctie, infectie, long-, nier- of leverproblemen).
- De herstelperiode is korter.

Verbetering van de symptomen, algemene conditie na de ingreep en de overleving zijn vergelijkbaar met die van de openhartoperatie klepvervangings.

12. Mogelijke risico's

Tijdens of na de transkatheter aortaklepimplantatie kunnen er complicaties optreden. De kans op het optreden van een of meerdere van deze complicaties ligt tussen de 1 tot 10%.

De mogelijke complicaties zijn:

- bloeding;
- hematomen (bloeduitstortingen);
- hartgeleidingsstoornissen met daarna eventueel het plaatsen van een pacemaker;
- beroerte of hartaanval doordat bloedstolsels of kalkdeeltjes de bloedbaan kunnen blokkeren;
- beschadiging van de bloedvaten;
- niet goed functioneren van de kunsthartklep met bijvoorbeeld lekkage;
- noodzaak van een nieuwe ingreep of van een operatie bijvoorbeeld doordat de kunsthartklep verkeerd geplaatst is;
- allergie voor verdovingsmiddelen of geneesmiddelen;
- overlijden.

Het kan zijn dat u ervoor gekozen hebt om een transkatheter aortaklepimplantatie te ondergaan om uw kwaliteit van leven te verbeteren en/of uw levensverwachting te verlengen. Daarbij kunnen complicaties optreden die u van herstel afhouden. In dat geval willen de artsen met u afspreken dat deze complicaties, voor zover mogelijk en redelijk, behandeld zullen worden zodat u zo spoedig mogelijk kunt herstellen en naar uw thuissituatie terug kunt keren. U kunt wel aangeven dat u bijvoorbeeld geen langdurige en uitzichtloze intubatie, beademing of Intensive Care behandeling wenst, langdurige nierfunctie vervangende behandeling of een langdurige operatie met te verwachten slechte uitkomst. Het is dus zo dat u rondom de ingreep een volledige behandelwens moet hebben, waarbij de artsen vanzelfsprekend alle redelijkheid in acht nemen.

13. Effecten van transkatheter aortaklepimplantatie

Uit onderzoek blijkt dat bij een groot deel van deze ingrepen een goed resultaat gezien wordt op de korte termijn. En dat dit zich voortzet tot tenminste 5 jaar na de ingreep. Een goed resultaat van de transkatheter klepimplantatie wil zeggen:

- de kunstklep is goed geïmplantéerd;
- de nieuwe aortaklep functioneert goed;
- er zijn geen ernstige complicaties opgetreden tijdens of na de ingreep.

Daarnaast is een goed resultaat voor u direct merkbaar in de zin van dat uw klachten verminderen en uw conditie verbetert na de ingreep. Wel moet u er rekening mee houden dat klachten die niet door de hartklepvernauwing werden veroorzaakt niet verbeteren, zoals longfunctieklachten.

De huidige resultaten wijzen erop dat ook op langere termijn de effecten van de hartklepvervanging gunstig zijn. Verder onderzoek hiernaar en vooral de tijd zullen ons dit leren.

Na uw klepingreep is antibioticaprofylaxe geïndiceerd, voor bijvoorbeeld tandheelkundige behandelingen etcetera (volgens de richtlijnen van de Nederlandse Hartstichting). Dit moet u aangeven zodra u een afspraak maakt voor kleine of grote ingrepen, ook bij de tandarts.

14. Nacontrole

Na de ingreep blijft u nog even opgenomen op de Hartbewaking of een hartafdeling om te zien hoe het met u gaat. Voordat u naar uw eigen ziekenhuis of naar huis gaat wordt er nog een echo van het hart gemaakt. Dit is vooral om de positie en functie van de nieuwe aortaklep te beoordelen. Afhankelijk van de situatie kan het nodig zijn om nog andere aanvullende onderzoeken te doen. Poliklinische controle met betrekking tot de transkatheter aortaklepimplantatie vindt voor een deel plaats in het AMC. Voor de overige hartproblemen keert u terug voor de poliklinische controle bij uw cardioloog in uw eigen ziekenhuis. Bij uw ontslag hoort u wanneer de tijdstippen voor de poliklinische nacontrole in het AMC zijn. In principe zijn die na 6 weken, 6 maanden, na 1 en 3 jaar. Bij het poliklinische bezoek worden er vragenlijsten afgenomen, lichamelijk onderzoek gedaan, bloedonderzoek verricht en een ECG en echo van het hart gemaakt.

15. Vragen

Als u nog vragen of opmerkingen heeft over de transkatheter aortaklepimplantatie kunt u deze richten aan:

Onno T. van der Veen

Verpleegkundig consulent THI

Telefoon: 020-5666555 (Secretariaat AMC Hartcentrum)

Email: thi@amc.nl

Adres:

Academisch Medisch Centrum

Afdeling B2 Hartkatheterisatie, kamer B2-116

t.a.v. O.T. van der Veen

Meibergdreef 9

1105 AZ Amsterdam

Hartkatheterisatie/Patiëntenvoorlichting