

**DE EEUWWISSELING**  
**DR. R. VOSSAERT**



**Avondsymposium VOET2013**  
**23 april 2013**

Sedert mijn eerste contacten als student met de vaatheelkunde zijn er bijna veertig jaren verstreken.

Ik heb derhalve het privilege getuige te zijn van een enorme evolutie, zowaar een revolutie in de vaatheekundige benadering van bloedvatenaandoeningen van de onderste ledematen, en ik ben enthousiast en blij dat ik zelf deel heb kunnen uitmaken van de veranderingen die in dit veld opgetreden zijn.

Voor wat betreft de bloedvaten van de onderbenen vinden we nauwelijks wat therapeutische informatie in de geneeskundige en heekundige handboeken tot in de jaren 80. Alles was ge-axeerd op het aorto-iliacale niveau en vervolgens op het femoralis superficialis niveau; bypassen werden op deze niveaus aangelegd ; in de onderste ledematen liefst boven de knie , indien nodig onder de knie. Crurale bypassen waren een laatste redmiddel, vereisten technische hoogstandjes en gaven je meestal geen tweede kans! Falen van een dergelijke operatie deed definitief overstappen naar een amputatie.

Merkwaardigerwijze was in die periode in een ander geneeskundig vakgebied al wel vooruitgang geboekt in endovasculaire technieken. In de tweede helft van de tachtiger jaren waren de cardiologen druk doende met coronaire dilataties en vormden ze alsdusdanig stevige concurrentie voor de cardiale chirurgen.

Ook nadien bleven ze heel intens samen met de industrie nieuwe paden bewandelen en werden innovatieve technieken zoals coronaire stenten, nadien drug eluting stenten, bio-absorberende stenten, drug eluting ballons ontwikkeld, gemiddeld 5 tot 10 jaren vooraleer deze technieken hun plaats opeisten in de andere vaatgebieden.

In Vlaanderen is er in de jaren negentig een enthousiaste groep vaatchirurgen opgestaan om deze nieuwe technieken, in navolging van wereldwijde evolutie, toe te passen in het vaatheekundige vakgebied, al dan niet in combinatie met klassieke vaatheekundige acten. Hierbij zijn de universiteiten niet steeds de eersten geweest, maar in tussentijd is er een zeer gelukkige en hartelijk collegiale samenwerking tussen de verschillende echelons opgetreden zodanig dat we in dit gebied van de wereld correct mee zijn met de mondiale evolutie op dit domein.

Tussen coronaire catheterchirurgie en crurale endovasculaire heekunde is er in feite niet zo heel erg veel verschil. In beide gevallen gaat het om vaten tussen 1.5 en 3.5 mm doormeter, dus heel ongeschikt voor bypassheekunde tenzij met saphena, maar zeker niet met kunststofbypasses. Alleen heeft de industrie wat tijd nodig gehad om ballonnen van 20 cm lengte te fabriceren, stenten van vele cm's lang etc...

Dit alles laat actueel toe middels gebruik te maken van gepaste voerdraden met diameters van 0.014 inch (ofte 0.356 mm), ballonnen op te schuiven tot op niveau van de a.dorsalis pedis en de onderbeenslagaders over heel lange lengte, nagenoeg tot in de grote teen te dilateren !!!

Bij dit alles heb ik in al die jaren ook een belangrijke mentaliteitswijziging moeten accepteren in verband met ons therapeutisch handelen. Een bypass was weliswaar misschien niet bedoeld om levenslang mee te gaan, maar toch liefst 5 jaren en nog liever 10 of 15 jaren. Heraanleggen van een bypass was immers dikwijls geen sinecure en ging gepaard van verminderde slaagkansen, meer complicaties.

Endovasculaire heelkunde daarentegen is veel minder schadelijk en kan bijna per definitie bijna onbeperkt herhaald worden, wat nagenoeg een must is gezien het karakter van de arteriosclerose op zichzelf: het is niet omdat een quasi occlusie behandeld werd, dat er 1 of 5 jaren later geen nieuwe subocclusie zich voordoet 5 of 15 cm hoger of lager, of op dezelfde plaats.

Elke nieuwe problematiek met een bypass oplossen is onmogelijk; daarentegen met catheterchirurgie is dit wel mogelijk. Dergelijke zaken moeten evenwel wel duidelijk met de patiënt en zijn behandelende artsen gecommuniceerd worden. Een opnieuw optreden van klachten is niet steeds een failure van de behandeling, maar dikwijls een uiting van nieuw vaatlijden, goed wetende dat we als vasculaire chirurgen steeds de gevolgen van de arteriosclerose behandelen en niet de oorzaak.

Verder wou ik nog even een woordje spreken over het “te bereiken resultaat”. Vaatheekunde, zowel formele heelkunde als endovasculaire heelkunde is geen esthetische chirurgie; we behandelen geen stenosen of occlusies op zichzelf. We behandelen letsels die er het gevolg van zijn. Bij optreden van letsels aan voet, hiel, tenen moeten we therapeutisch voor ogen houden te pogen een rechte lijn te creëren van hart tot letsel. In principe is revascularisatie van één onderbeensslagader voldoende; dilateren van een tweede indien mogelijk zonder risico's is leuk meegenomen.

Als we spreken over endovasculaire heelkunde ter hoogte van de onderbenen hebben we het als indicatie hiertoe, ook niet over claudicatio of koude voeten, wel over kritische ischemie, veelal gepaard gaande van wonden, necrosen, gangreen dat niet heelt. Eigenlijk dus over indicaties die, indien geen oplossing voorhanden is, uitmonden in amputatie.

Het gebruik van “dedicated materials”, zijnde voerdraden met laag profiel, ballonnen met laag profiel, drug eluting ballonnen, stenten al dan niet drug eluting... helpen ons om bijna verstoppingen, complete verstoppingen, soms al chronisch, open te krijgen en onderbeensvaten te revasculariseren.

Uiteraard heeft dit alles zijn prijs voor de gezondheidszorg, maar ik kan U verzekeren dat het aantal amputaties drastisch daalt ondanks het feit dat een steeds groter deel van de bevolking bejaard tot hoogbejaard wordt, en dat steeds meer diabetes ontdekt wordt. En zoals U wellicht genoegzaam bekend is, is de prijs van een amputatie en alle samenhangende problematiek van noodzaak tot bijkomende hulpverlening ontzettend veel duurder dan een dilatatie of stenting.

Ik hoop dat deze beschouwingen tot het besef bijdragen dat een diagnose van een distaal arterieel ulcus, gangreen of niet helende wonde geen fatalistisch gegeven is, maar veelal wel degelijk een oplossing kan krijgen. Hierbij is leeftijd van geen belang. Als bomma van 89 jaar oud een heup breekt zal niemand er over twifelen om de orthopedist aan het werk te zetten. Als dezelfde bomma een arterieel ulcus vertoont heeft men plots wel twijfels! Nochtans is een endovasculaire interventie mogelijk onder locale verdoving of lichte algemene narcose en behoeft dit geen langdurige revalidatie. Ook deze mentaliteitsverandering moet nog wat breder doordringen bij de gezondheidswerkers en de bevolking.