

Om onze komende infosessie van 10 februari 2007 voor te bereiden, hadden wij een kort gesprek met professor Paul Herijgers van het UZ Gasthuisberg Leuven. Wij worden ontvangen in zijn bureau op de tweede verdieping waar het secretariaat van Cardiale Heelkunde gevestigd is. Na een joviale eerste kennismaking steken wij resoluut van wal.



Paul Herijgers vertelt ons dat hij afkomstig is van Wijnegem (tussen Antwerpen en Turnhout) en dat hij Latijn-Wiskunde volgde aan het Sint-Xaveriuscollege van Borgerhout. Na zijn middelbare studies kwam hij naar de K.U. Leuven om er geneeskunde te studeren. Van bij het begin van zijn studies wist hij dat hij chirurg zou worden. Waarom chirurg, vragen wij. Wel, omdat chirurgie een vrij praktische en technische deskundigheid is gesteund op kennis, en die ik wil combineren met wetenschappelijk onderzoek, nl. nieuwe dingen ontdekken, nagaan hoe iets werkt.

Na het behalen van zijn diploma in de geneeskunde maakte hij zelf zijn weg in de academische wereld. Na een eerste onderzoekservaring bij professor Carmeliet, komt hij op het labo van cardiale chirurgie terecht onder leiding van professor Flameng. Gedurende vele jaren deeltijds en twee jaren voltijds wijdt hij zijn beste krachten aan wetenschappelijk onderzoek en schrijft hij zijn thesis. Ondertussen zet hij zijn opleiding in de cardiale heelkunde verder.

Sinds 1998 blijft hij zich verder bekwamen in zijn specialisatie, nl. de complexe hartchirurgie: vooral de kleppen, aorta, en gecombineerde ingrepen.

Zijn academische en medische deskundigheid wil hij graag opgedeeld zien in drie grote domeinen. Vooreerst gaat zijn aandacht naar endocarditis of infecties van de hartkleppen. Een ernstige aandoening waarvoor hij, samen met professor Herregods en professor Peetermans, een zorgprogramma heeft uitgebouwd dat al heel wat levens heeft gered.

Daarnaast specialiseert hij zich in de minimale invasieve chirurgie. In plaats van de vroegere 'grote' hartoperaties waarbij de hele borstkas werd opengelegd, voert hij nu hartoperaties uit via kleine insnijdingen naast het borstbeen en onder de ribben. Het is voor hem een technische uitdaging om via zo'n kleine incisies een aortaklep of een mitralisklep te vervangen of te herstellen.

Tenslotte gaat zijn aandacht uit naar het wetenschappelijk werk in het labo, waar hij begaan is met de bescherming van het hart tijdens een heelkundige ingreep. Want tijdens een klassieke hartoperatie wordt het hart stilgelegd en wordt de patiënt aan de hart-longmachine gekoppeld. Hoe kunnen wij het hart in deze fase beter beschermen, is de hamvraag die professor Herijgers bezig houdt. In zijn labo worden dierproeven uitgevoerd met transgene muizen om te weten te komen welke de beste bescherming voor het hart is tijdens het zuurstoftekort. Hiervoor worden nieuwe modellen ontwikkeld en wordt nagekeken hoe deze modellen reageren.

Het onderwerp waarover professor Herijgers zal spreken tijdens de Infosessie voor alle Harpa-leden luidt: 'Minimale invasieve chirurgie'. De klassieke hartchirurgie heeft nog teveel schadelijke neveneffecten, beweert onze prof. De borstkas moet opengezaagd worden, het been moet vaak over grote lengte opengelegd worden, en de patiënt moet met het kunsthart verbonden worden. Hoe kunnen wij dezelfde ingreep uitvoeren met minder gevaren en minder schade, vraagt de medische wereld zich af. Daarop tracht professor Herijgers een antwoord te geven. Hij zal dit voor ons komen uitleggen met veel didactisch materiaal en bewegende beelden. Het belooft een spannende uiteenzetting te worden. Zeker voor ons, hartpatiënten!

INFOSESSIE DOOR PROF. P. HERIJGERS MINIMALE INVASIEVE CHIRURGIE

Na een warmwelkomstwoord door voorzitter Fons Novemberen een korte voorstelling van de geachte professor Herijgers door ondervoorzitter Luk Vanhorenbeek, stak onze eminentespreker meteen van wal.

Het zou een bloedstollende uiteenzetting worden met tal van schokkende beelden...

De laatste twintig jaar heeft de hartchirurgie zich steeds meer ontwikkeld en gebeurt doorgaans op een veilige manier. Toch ondervinden de patiënten nog heel wat hinder en kan de revalidatie 6 weken tot 3 maanden duren om volledig te recupereren. Dat heeft niet alleen met het hart zelf te maken, maar met de schade die berokkend wordt door de borstkas open te zagen, het hart stil te leggen, het bloed rond te pompen met de hart-longmachine, ...

Wat willen we nu met de minimale invasieve hartchirurgie bereiken? We willen namelijk de schade, die onvermijdelijk is in de klassieke chirurgie, zoveel mogelijk beperken (om

het in militaire termen te stellen: 'minder collateral damage').

De schade, die onze spreker wenst te vermijden, ontstaat vooreerst door het openmaken van de borstkas waarbij

het borstbeen doormidden gezaagd wordt. De wonde die hierbij gemaakt wordt, geeft aanleiding tot een groot

bloedverlies, de wonde kan infecteren en slecht genezen

en veroorzaakt dus pijn.

De tweede reden waarom er nevenwerkingen zijn aan een hartoperatie is het feit dat in de meeste gevallen het hart wordt stilgelegd. Om de vermijden dat de vitale organen niet meer voorzien zouden worden van het bloed, wordt de patiënt verbonden met een hart-longmachine (ook wel eens 'kunsthart' genoemd). De samenstelling van het bloed wordt drastisch gewijzigd om bloedstolling te voorkomen. Hierdoor zal de patiënt zich nog weken na de operatie erg moe voelen.

Beide hinderlijke nevenwerkingen (openmaken van de borstkas en hart-longmachine) gaan we zoveel mogelijk proberen te vermijden. De professor benadrukt dat in een aantal specifieke gevallen toch nog een klassieke hartoperatie wordt uitgevoerd.

Vooreerst willen wij het gebruik van het kunsthart vermijden bij patiënten die (een) overbrugging(en) nodig hebben.

Daarnaast gaat de chirurg zoveel mogelijk de sneden verkleinen, enerzijds om de lichaamseigen aders te bemachtigen om de overbruggingen te realiseren, en anderzijds de snede in de borstkas te verkleinen door bepaalde technieken te gebruiken.

Dan toont de spreker ons op een aantal filmpjes, waarvan hij er zelf enkele gemaakt heeft met een camera die op zijn hoofd was gemonteerd tijdens de operatie zelf.

De eerste film toont een kijkoperatie waarbij een stuk van de ader uit het been van de patiënt operatief verwijderd wordt. Die ader zal dienen om een verbinding te maken tussen de aorta en de kransslagader voorbij de vernauwing, zodat het bloed opnieuw vrij kan doorstromen.

Om die ader, die aan de binnenzijde van het boven- en onderbeen ligt, te verwijderen is er echter een lange insnijding (ca. 80 cm) nodig. Om die lange en pijnlijke incisie te vermijden wordt de techniek van een endoscopische kijkoperatie gebruikt: via een kleine snede van een 2-tal cm (met minder pijn, minder revalidatie, minder kans op infectie en meer comfort voor de patiënt) wordt de ader verwijderd die dan voor de overbrugging zal gebruikt worden. Via stilstaande beelden (dia's) en filmfragmenten wordt deze vrij ingewikkelde techniek haarfijn getoond.

Op een rustige manier blijft onze hartchirurg zijn filmbeelden van zeer verstaanbare commentaar voorzien. We zijn nu aangekomen bij de eigenlijke hartoperatie zelf. De ader van de kijkoperatie van daarnet zal gebruikt worden om de overbrugging van een kransslagader te realiseren. Door middel een zuignappensysteem wordt het hart gedeeltelijk stilgelegd, terwijl de rest van het hart gewoon blijft doorwerken. Daardoor moet het hart niet meer stilgelegd worden en moeten we dus de hart-longmachine niet meer gebruiken. Door deze techniek kunnen meer dan 90 % van de huidige hartoperaties uitgevoerd worden.

De tweede grote groep van ingrepen zijn de hartklepoperaties. Voor deze operatie blijft de hart-longmachine nog nodig. Wij volgen nu de filmbeelden van een aortaklepoperatie (frequent voorkomend bij oudere personen). Hierbij wordt enkel de bovenste helft van de borstkas opengemaakt. Dat heeft het voordeel dat de spieren van het middenrif intact blijven, waardoor de patiënt beter zal kunnen ademen na de operatie.

Ademloos blijven alle toehoorders kijken en luisteren naar de fascinerende toelichting die de chirurg geeft bij het vervangen van een versleten aortaklep.

Professor Herijgers voerde totnogtoe een 300-tal hartklepoperaties uit met de nieuwe techniek van de minimale invasieve chirurgie. In vergelijking met de klassieke methode hebben we technisch een even goed resultaat, met dit verschil dat het comfort van de patiënt sterk verbeterd is: betere ademhaling, minder pijn, korter verblijf in het ziekenhuis.

Vervolgens neemt de spreker ons mee naar een vrij complexe operatie aan een lekkende mitralisklep, die helemaal in het midden van het hart ligt. Op een klassieke manier wordt de borstkas geopend, het hart vrijgemaakt en het kunsthart ingeschakeld. Dan volgen we de beelden van de ingewikkelde techniek bij een klassieke mitralisklepoperatie.

Als kers op de taart krijgen we een soortgelijke operatie te zien maar dan via de minimale invasieve techniek. Bij deze kijkoperatie is de snede onder de borstkas slechts een 5 à 6 cm groot en wordt het borstbeen niet meer geopend. Langs deze kleine snede wordt een scoop met een camera ingebracht en treedt het hele videocopisch systeem in werking. Ook langs de lies en de hals worden buisjes ingebracht om tot binnen in het hart te geraken en zo de hart-longmachine in werking te stellen. Het hart moet immers stilgelegd worden om aan de binnenkant te kunnen opereren. Met lange, smalle

instrumenten zal gewerkt worden om de lekkende klep te vervangen of te herstellen. Voor leken als wij is het een vernuftige techniek, die veel geduld, inzicht, doorzettingsvermogen en vakkennis vereist. Onze Harpa-leden blijven gefascineerd geboeid door de rustige deskundigheid waarmee de chirurg zijn filmbeelden van de nodige commentaar voorziet.

En dan is het tijd voor een korte pauze en een heerlijk bakje koffie. Ondertussen kunnen onze leden hun vragen schriftelijk formuleren, waarop straks een verhelderend antwoord zal komen.

Luk Vanhorenbeek