

Generelt om hjerteoperasjon

Kirurgisk avdeling er en spesialavdeling for hjerteoperasjoner hos voksne. Det utføres:

- Operasjon (bypass) ved kranspulsåre sykdom som kan forårsake hjertekrampe (angina) og hjerteinfarkt
- Operasjon for hjerteklaffe sykdommer
- Operasjon ved sykdom i den hjertenære del av kroppspulsåren (aorta)
- Operasjon ved utposning på hjertet etter infarkt og ved hjertesvikt
- Operasjon for rytmeforstyrrelser (forkammerflimmer) ved annen samtidig hjertekirurgi

Det er veldig vanlig at det gjøres kombinasjoner av disse inngrep (for eksempel klaffeoperasjon og kranspulsåreoperasjon) samtidig. Ved planlagt kirurgi vil operasjonen bli utført dagen etter innleggelsen. Det vil bli gitt omfattende skriftlig og muntlig informasjon.



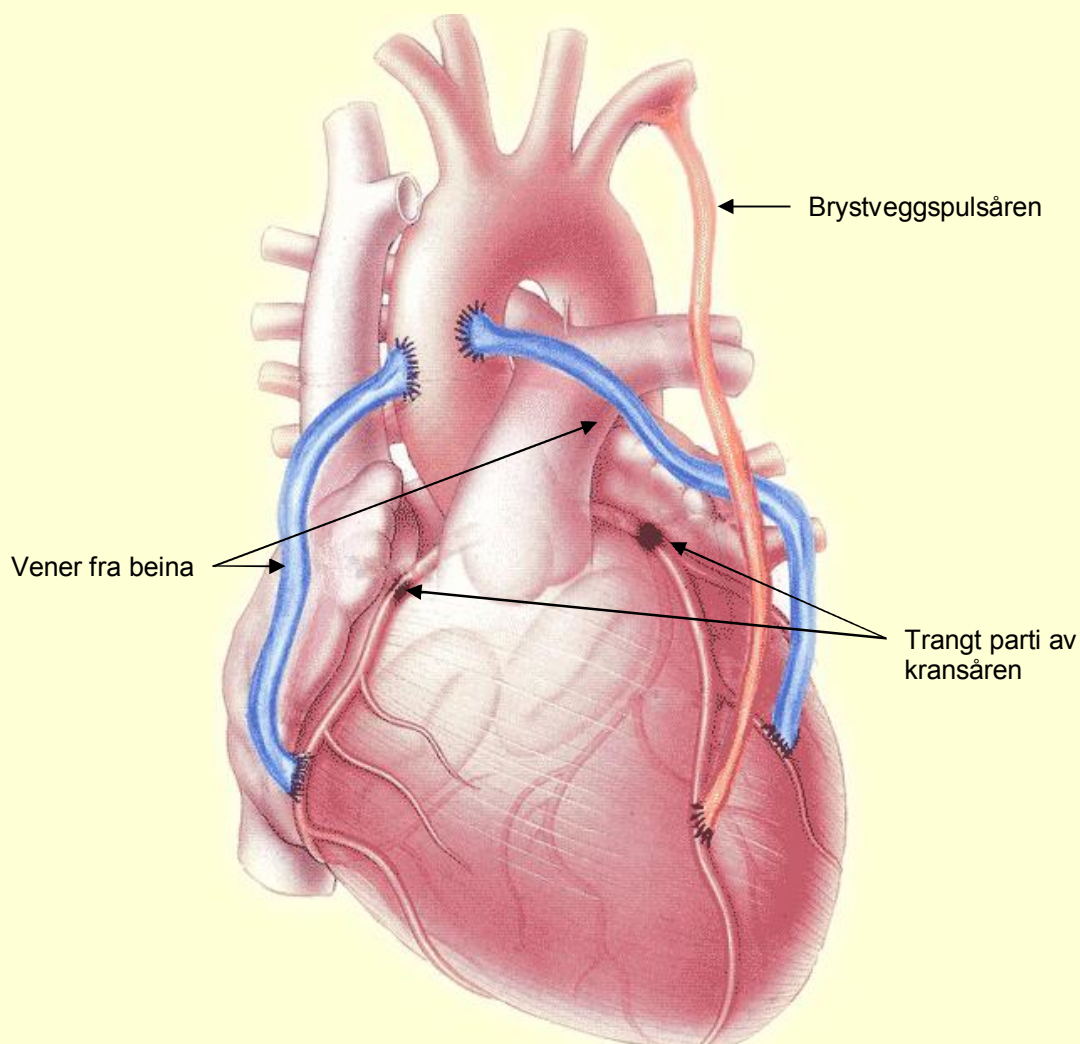
Operasjonen utføres i full bedøvelse (narkose). Tilgangen til hjertet gjøres ved å dele brystbenet i midtlinjen. Hjertesekkinnen blir åpnet og hjertet inspisert. Inngrepet på selve hjertet gjøres ved hjelp av [hjerne-lungemaskin](#). Noen ganger kan inngrepet gjøres uten bruk av hjerte-lungemaskin (off-pump kirurgi).

Når prosedyren på hjertet er fullført, kobles hjerte-lungemaskinen gradvis av og hjertet overtar full blodføring. Pacemakertråd(er) (elektrode(r)) blir festet på hjertets overflate for å kunne stimulere hjertet ved behov. Disse fjernes vanligvis før utreise og det er meget enkelt og smertefritt. Det legges også inn sårdren som fjernes første dag etter operasjonen. Dette gjøres raskt og det gis ekstra smertestillende før fjerning. Brystbenet blir lukket med ståltråder som vanligvis ikke gir plager og som kan være der permanent. Hvis det oppstår plager fra ståltrådene, kan de enkelt tas bort når brystbenet er grodd etter to til tre måneder.

Resten av operasjonssåret blir lukket med sting som forsvinner av seg selv. Etter operasjonens avslutning ligger de fleste pasienter på pustemaskin (respirator) et par timer og intensiv overvåkning fortsetter til neste dag. Deretter flyttes pasientene til vanlig sengepost og en gradvis økende opptrening.

Operasjon ved kranspulsåresykdom (bypass)

Når en eller flere av hjertets kranspulsårer blir trange eller helt tette, kan det oppstå hjertekrampe (angina pectoris) eller infarkt. Hvis det ikke er tilrådelig å utføre [blokking](#), vil alternativet være operasjon. Tilgangen og lukningen av operasjonssåret er som beskrevet over. Den syke kranspulsåren får anlagt en ny blodåre nedenfor innsnevringen eller det tette parti (bypass = forbipassering). Kranspulsåren blir ikke fjernet. Ved en bypassoperasjon brukes nesten alltid den indre brystveggspulsåren. Den løses ut fra brystveggen, men kuttes ikke i sitt naturlige utspring.



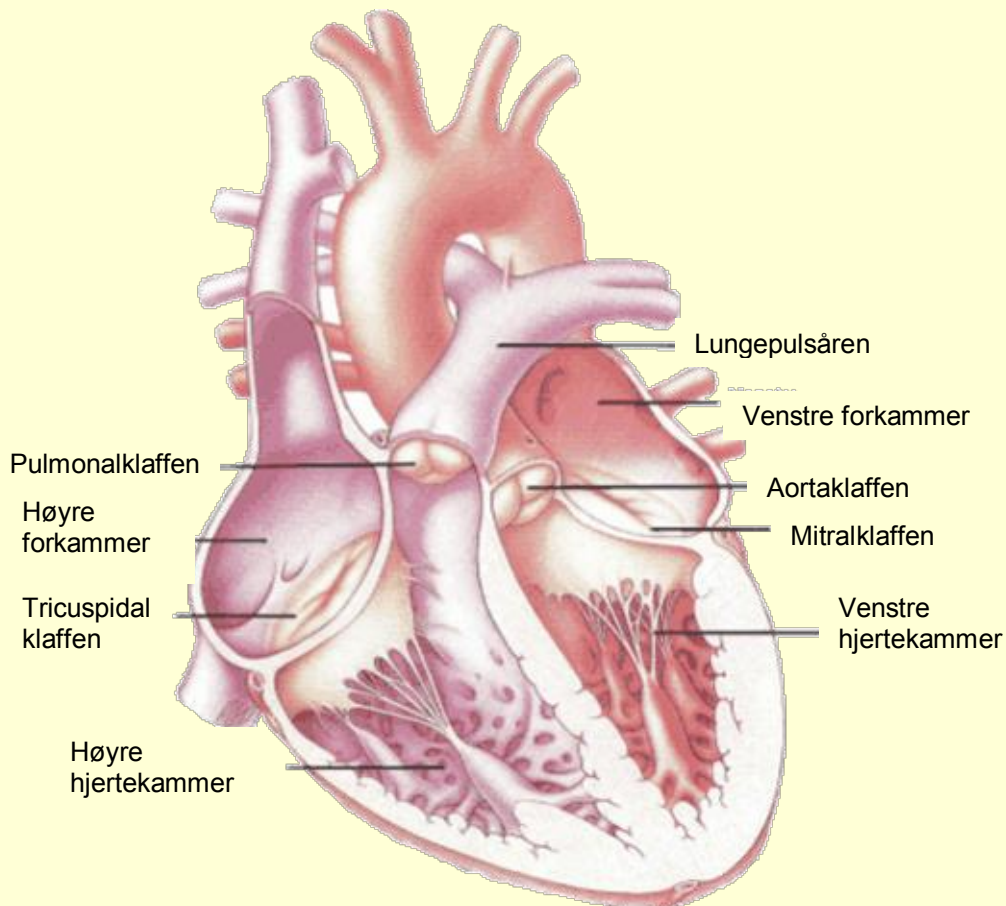
Figuren viser innopererte blodårer

Den nederste delen av brystveggspulsåren syes inn på en eller flere kranspulsårer. Hvis det er behov for å anlegge flere nye årer til hjertet, hentes disse oftest fra benet. Fra benet benyttes den samleåren som man kan få åreknuter i og fjerning av denne åren betyr ikke noe for blodføringen til benet. Blodåren fra benet syes inn på kranspulsåren og på kroppens hovedpulsåre (aorta) (se figur). Av og til kan det hentes blodåre fra armen.

Klaffeoperasjon

Tilgang og lukning av operasjonssåret er som beskrevet under «hjerteoperasjon generelt».

Hjertet har fire klaffer, a)klaffen mellom høyre forkammer og høyre hjertekammer (tricuspidalklaffen), b) klaffen mellom høyre hjertekammer og lungepulsåren (pulmonalklaffen), c)klaffen mellom venstre forkammer og venstre hjertekammer (mitralklaffen) og d) klaffen mellom venstre hjertekammer og kroppens hovedpulsåre (aortaklaffen) (se figur).



Hjertets klaffer og kamre

Vanligst er sykdom i aortaklaffen og typisk er at den blir trang på grunn av forkalkning. Det kan også oppstå lekkasje. Vanligvis må klaffen skiftes ut med en kunstig ventil. Nest vanligst er sykdom i mitralklaffen og oftest i form av lekkasje. I så tilfelle kan klaffen ofte repareres og dermed blir det ikke nødvendig å skifte til en kunstig ventil.

Tricuspidalklaffen får vanligvis lekkasje som en følge av sykdom i aorta eller mitralklaffen. Det kan vanligvis korrigeres ved en reparasjonsprosedyre.

Pulmonalklaffe sykdom er sjelden og nesten alltid medfødt.

Når en hjerteklaff ikke lar seg reparere, er alternativet å skifte den ut med en kunstig ventil. Det finnes to hovedtyper av disse: mekanisk ventil og biologisk ventil (se bilde).



Mekanisk ventil



Biologisk ventil

En mekanisk ventil slites ikke ut, men krever livslang behandling med blodfortynning for å hindre blodproppdannelse på klaffen. Det forskes intenst i dette feltet og det kan komme nye mekaniske ventiler som ikke krever blodfortynning.

En biologisk ventil krever ikke behandling med kraftig blodfortynning (Marevan), men ulempen er at den kan slites ut (bli degenerert). Derfor anbefales oftest disse ventilene til eldre pasienter hvor antatt varighet av ventilen er minst tilsvarende forventet gjenværende livslengde.