

Peri-operatieve zorg

De zorg rondom een operatie kent een 3-tal anesthesiologische aspecten:

- Pre-operatieve zorg
- Per-operatieve zorg
- Post-operatieve zorg

Anesthesie betekent (vrij vertaald): niet gewaar worden, niet voelen.

In de praktijk is het de verzamelnaam voor alle soorten van verdoving voor een operatie.

De naamgeving geeft de inhoud van het vak echter maar beperkt weer. De anesthesioloog is eigenlijk een peri-operatieve dokter. Tijdens de operatie zorgt hij voor een goede monitoring en ondersteuning van de lichaamsfuncties (hartslag, ademhaling etc.) van de patiënt, zodat deze schadevrij door de operatieve ingreep wordt geloodst. Dit betekent niet alleen een goede voorbereiding van de patient (pre-operatieve screening), maar ook een afgemeten nabehandeling op verkoever en/of intensive care. De deskundigheid die hierbij komt kijken maakt dat anesthesiologen veelal ook betrokken zijn bij pijnbestrijding (ook van niet geopereerde patienten), spoedeisende opvang van kritiek zieke patienten, trauma-opvang en reanimaties. Zo zijn er deelspecialisaties *anesthesiologie-pijn geneeskunde* en *anesthesiologie-intensive care*.

➤ Pre-operatieve zorg

De anesthesioloog en de snijdend specialist zijn tezamen verantwoordelijk voor de preoperatieve zorg. Het doel van het anesthesiologische deel van de preoperatieve zorg is: Het zo optimaal en veilig mogelijk laten verlopen van de anesthesie bij de voorgenomen ingreep.

Pre-operatieve zorg door de anesthesioloog houdt in:

- * Beoordelen van de door de operateur aangeleverde gegevens
- * Afnemen van een specifiek anesthesiologische vragenlijst
- * Aanvullend onderzoek verrichten,
- * Indien nodig, het maken van een risikoschatting
- * Adviezen geven voor optimalisatie van de conditie van de patiënt
- * Beleid opstellen voor de per-en postoperatieve zorg
- * Patiënt informeren over de anesthesiologische behandeling (informed consent)

➤ Per-operatieve zorg:

Het toedienen van de anesthesie tijdens een operatieve ingreep wordt verzorgd door een anesthesioloog, daarin bijgestaan door anesthesie medewerker(s).

Afhankelijk van de toestand van de patiënt, de wijze en de complexiteit van de anesthesie beslist de anesthesioloog of hij voor één of twee kamers verantwoordelijk wil zijn. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- een anesthesioloog wordt bij zijn werkzaamheden geassisteerd door een anesthesiemedewerker;
- de anesthesioloog verzorgt zelf de in- en uitleiding van iedere anesthesie en geeft, als hij de operatiekamer verlaat, duidelijke aanwijzingen aan de anesthesiemedewerker over de bewaking, het onderhouden van de anesthesie en de momenten waarop hij gewaarschuwd wil worden.
- een gekwalificeerde anesthesiemedewerker is continu bij de patiënt aanwezig;
- de anesthesioloog is direct beschikbaar;
- beide operatiekamers liggen in elkaars onmiddellijke nabijheid;
- de planning van de anesthesiologische zorg is zodanig dat twee gelijktijdige risicomomenten of risico-ingrepen zoveel mogelijk worden gemeden (bijvoorbeeld ingrepen bij kinderen jonger dan 1 jaar, grote operatie met te voorzien instabiel beloop). De anesthesioloog is derhalve mede verantwoordelijk voor de OK-planning.

Er zijn globaal drie anesthesievormen: **algeheel, regionaal en lokaal.**

- **Algeheel** (“narcose”)

Tijdens een algehele anesthesie worden aan de patient farmaca toegediend die bewusteloosheid (anesthetica), spierverslapping (relaxantia) en onderdrukking van de pijngewaarwording (analgetica) bewerkstelligen.

- **Loco-regionaal** (plaatselijk)

Wat verstaan we onder plaatselijke verdoving?

Als voor een operatie alleen het te opereren gebied verdoofd hoeft te worden, spreken we van plaatselijke, of locale anesthesie. Operaties die zó klein zijn, dat alleen de plaats waar gesneden wordt verdoofd hoeft te worden, gebeuren meestal poliklinisch, en niet op de operatiekamer. Dan is het de chirurg die deze plaatselijke verdoving toedient. De plaatselijke verdoving die we, bij grotere operaties, op de operatiekamer toedienen, heet eigenlijk loco-regionale anesthesie. Hierbij wordt een groter deel van het lichaam verdoofd. Dit gebeurt door het inspuiten van een verdovingsmiddel rondom een zenuwbaan, die naar het betreffende operatieterrein loopt. Vaak kan een en dezelfde operatie óf in algehele narcose, óf onder locoregionale anesthesie gedaan worden, en is de keuze voor de ene of de andere methode een kwestie van persoonlijke voorkeur, hetzij van de patient, hetzij van de anesthesist.

Is plaatselijke verdoving "veiliger"?

Men denkt soms wel, dat locoregionale anesthesie veiliger is. Dit kan zelfs een reden zijn waarom de patient meent voor zo'n soort anesthesie te moeten kiezen. Dit is beslist niet altijd het geval; ook bij locoregionale anesthesie zijn complicaties mogelijk, sommige zelfs zeer ernstig. Maar, evenals bij algehele anesthesie, zijn ernstige complicaties gelukkig uiterst zeldzaam. Wat wel verschil maakt tussen beide methoden, is de aard van de (lichte) bijwerkingen, die kunnen optreden. Waar bijvoorbeeld nogal wat mensen last van hebben, is misselijkheid en braken na algehele anesthesie. Dit komt bij locoregionale anesthesie nauwelijks voor, maar hierbij kan bijvoorbeeld weer wel een hinderlijke hoofdpijn optreden na de operatie. Een bijkomend voordeel van locoregionale anesthesie is, dat de verdoving

soms tot uren na de operatie doorwerkt. Al dit soort zaken kunt u met de anesthesioloog bespreken, wanneer u uit een van beide methoden kunt kiezen. Het feit dat u tijdens de operatie gewoon wakker bent, vinden sommige mensen beangstigend. Dit kan evenwel ondervangen worden door een licht slaapmiddel te geven tijdens de operatie.

Kan iedereen plaatselijke verdoving krijgen?

Er zijn een aantal situaties waarbij het niet mogelijk is plaatselijke verdoving toe te dienen, of waarbij het risico van plaatselijke verdoving veel groter is dan bij algehele anesthesie. Als een patient middelen gebruikt om het bloed te verdunnen, kan bijvoorbeeld geen ruggeprik gegeven worden. En als er een huidinfectie is op de plaats waar geprikt moet worden, kan het ook niet. Ook zijn er patienten die niet stil kunnen liggen, of door de lange duur van de operatie onrustig worden.

Wat u ook moet weten, is dat er geen enkele vorm van locoregionale anesthesie is, die bij alle patienten voor 100% een volledige verdoving geeft. Een enkele keer komt het voor dat de verdoving beslist onvoldoende blijkt, ook na eventueel nog eens bijspuiten van het verdovingsmiddel. In dat geval kan veelal probleemloos overgegaan worden op algehele anesthesie, ook wanneer pas tijdens de operatie blijkt dat de verdoving niet zit. Een voordeel is dan wel, dat de narcose meestal veel minder diep hoeft te zijn, omdat de locoregionale anesthesie toch vaak op z'n minst een gedeeltelijke werking heeft.

Voor operaties onder locoregionale anesthesie, gelden dezelfde voorzorgsmaatregelen als voor operaties onder narcose. Het kan namelijk altijd voorkomen dat een locoregionale techniek overgaat in narcose. Bijvoorbeeld als de verdoving onvoldoende blijkt, of als zich bij de operatie onverwachte bevindingen voordoen, waardoor het nodig wordt een grotere ingreep te doen dan gepland was.

Welke operaties komen in aanmerking voor plaatselijke verdoving?

1. Operaties aan arm of hand.

Hierbij wordt een hoeveelheid anestheticum bij de zenuwbanen in de oksel of in de hals gespoten (Plexusblok), waardoor de hele arm gevoelloos wordt. Bij een andere methode wordt, na het aanleggen van een band om de bovenarm, het locaalanestheticum in de bloedvaten gespoten, ook dan is de hele arm gevoelloos (Biers block)

2. Operaties aan een been.

Dit gebeurt meestal met een zogenaamde ruggeprik. Daarbij wordt het hele onderlichaam, ongeveer vanaf de navel verdoofd. Er zijn hierbij ook weer twee methoden, epidurale anesthesie, en spinale. Bij de spinale anesthesie wordt het anestheticum in de ruimte gespoten waar het ruggenmergsvocht zit. Dit werkt snel en sterk. Nadeel is de hoofdpijn die soms optreedt door nalekken van ruggenmergsvocht uit het gaatje dat gemaakt wordt. Bij de epidurale anesthesie komt het anestheticum niet zo diep, gevolg is dat het langzamer inwerkt. Het geeft geen hoofdpijn. Bij de epidurale techniek wordt meestal een kathetertje in de rug achtergelaten, zodat ook na de operatie met deze vorm van verdoving kan worden verder gegaan.

Naast de ruggeprik is ook een plexusblok (1-been-blok) of onderbeensblok mogelijk. Informeer hier naar bij uw anesthesioloog.

3. Operaties in de onderbuik, urologische of gynaecologische operaties, liesbreuken.

Deze kunnen ook met spinale of epidurale anesthesie gebeuren. Dit wordt bijvoorbeeld vaak bij keizersnedes toegepast, aangezien het door veel patiënten erg op prijs gesteld wordt om wakker te zijn, bij de geboorte van hun kind.

4. Oogoperaties.

Bijna alle oogoperaties kunnen met druppelanesthesie of locoregionale anesthesie (retrobulbair) gebeuren. Het betreft hier voornamelijk cataract-operaties.

➤ **De post-operatieve zorg:**

De verkoeverperiode is de periode in directe aansluiting op een ingreep en/of een anesthesiologische procedure en is een integraal onderdeel van de anesthesiologische behandeling.

Tijdens de verkoeverperiode vindt verdere bewaking van bloedsomloop en ademhaling plaats en wordt zorggedragen voor adequate pijnbestrijding.

Ontslag van de verkoeverafdeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de anesthesioloog op grond van vooraf omschreven criteria. Zodra de patiënt de verkoeverafdeling verlaten heeft, is de behandelend specialist eindverantwoordelijk voor bewaking en behandeling van de patiënt. De anesthesioloog blijft in deze fase aanspreekbaar voor de gevolgen van het eigen ingrijpen, maar de zorg voor de patiënt is door anderen overgenomen.

Soms zijn de benodigde bewaking, behandeling en verzorging uitgebreider van aard dan op een verkoeverafdeling kan worden aangeboden, en in dat geval verhuist de patient naar de 24-uurs verkoever (PACU) of Intensieve Zorgafdeling (Intensive Care).