

H.Hartziekenhuis Campus Roeselare. Dienst Anesthesie.

Informatiebrochure Anesthesie.

1. Wat is anesthesie ?

“Dokter, ik zal toch nog terug wakker worden ?” is een vraag die patiënten vaak stellen aan de anesthesist. Het besef dat ze tijdens de operatie de controle over het lichaam verliezen en in handen moeten leggen van een arts die men niet goed kent, veroorzaakt bij veel patiënten een grote angst.

Maar wat houdt een anesthesie nu eigenlijk in ?

Strikt genomen betekent de term anesthesie “ongevoelig zijn voor pijn”. Maar anesthesie is veel meer dan enkel pijncontrole en kunstmatige slaap. Als we woorden moeten kiezen om te beschrijven wat een anesthesist nu werkelijk doet, dan zijn dat zonder twijfel de woorden “bescherming” en “stabilisatie” van de levensbelangrijke functies van het lichaam.

Waarom die bescherming en stabilisatie ?

1. Tijdens de operatie.

Het is uiteraard de bedoeling van elke operatie om de patiënt te genezen of beter te maken. Maar een operatie is ook een ontwrichtende handeling en ervaring. Het lichaam krijgt tijdens een operatie heel wat verstorende signalen te verwerken. Daarop reageert het lichaam onmiddellijk, net zoals bij ziekte of een ongeval.

a. Verstorende signalen tengevolge van het kwetsen van het lichaam door de chirurg.

Vanuit de operatieplaats worden er verschillende verstorende signalen naar de rest van het lichaam gestuurd. Het lichaam reageert daarop met een zogenaamde “stress reactie”.

Enerzijds is er een signaal doorheen de zenuwen naar de hersenen dat duidelijk maakt dat er ergens schade is veroorzaakt : dat signaal is de pijn die je voelt. Pijn voelen kan mentaal en lichamelijk belastend zijn (invloed op het hart, longen...). Het is niet de bedoeling dat de pijn ten gevolge van een operatie de patiënt nog meer belast. Daarom zal de anesthesist zorgen voor een zo volledig mogelijke pijnverdooving.

Anderzijds vertrekken er vanuit het geopereerde gebied nog tal van andere signalen rechtstreeks via de zenuwen naar allerlei andere organen, en zetten die onder hoogspanning : de pols gaat sneller, de bloeddruk stijgt. Ter hoogte van het geopereerde gebied worden daarenboven tal van chemische stoffen vrijgezet die door het bloed worden opgenomen en zich doorheen heel het lichaam verspreiden. Ook dit mechanisme verstoort de werking van veel organen en regelsystemen. Het gevolg van die verstorende factoren is dat de patiënt pijn heeft, en zich zwak en vermoeid voelt na de operatie.

Het is de taak van de anesthesist om de patiënt hier met een aangepaste narcose overheen te helpen.

b. De positionering op de operatietafel.

Doorgaans meerdere uren moet de patiënt bewegingsloos en in een onnatuurlijke positie op de operatietafel liggen. Door de constante druk op de huid, de spieren en de zenuwen kan beschadiging van deze structuren optreden (bv. doorligwonden). De schade vermijden of zoveel mogelijk beperken is de verantwoordelijkheid van het chirurgisch team, waarvan de anesthesist deel uit maakt. Bovendien zorgt hij ervoor dat de positionering op de operatietafel geen negatieve invloed heeft op de bloedsomloop en de werking van de longen.

c. Bijkomende ingrijpende handelingen tijdens de operatie.

Tijdens een operatie moet de chirurg vaak ingrijpende handelingen uitvoeren om zijn doel te bereiken : bloedvaten afklemmen, organen uit de weg duwen, delen van organen verwijderen, een long of zelfs het hart even stilleggen. Het is zonder meer duidelijk dat dit een belangrijke weerslag kan hebben op het functioneren van het lichaam als geheel.

Tijdens die kritische momenten zorgt de anesthesist ervoor dat de bloedsomloop toereikend blijft, dat de longen voldoende zuurstof kunnen blijven opnemen, dat de lever en nieren goed blijven werken, dat het bloed voldoende stolt enz.

Daardoor wordt het voor de chirurg ook mogelijk om ingrepen te doen die normalerwijze onmogelijk zouden zijn, omdat ze zonder ondersteuning van de vitale functies (meerbepaald bloedsomloop en ademhaling) door de anesthesist, het leven van de patiënt in gevaar zouden brengen.

Tijdens de operatie is de patiënt dus volledig afhankelijk van de anesthesist, en dat niet alleen voor de narcose in strikte zin, maar ook voor het behoud van alle lichaamsfuncties.

2. Na de operatie.

De anesthesist heeft nu de taak om de patiënt over te schakelen van een situatie die hij als arts volledig onder controle had tijdens de operatie, naar een situatie waar het lichaam van de patiënt opnieuw meer en meer zelfstandig moet gaan functioneren. De toediening van anesthesieproducten wordt gestopt, en andere medicatie wordt opgestart. Het duurt echter nog een tijdje voordat de medicamenten die tijdens de narcose werden gebruikt volledig zijn uitgewerkt, met mogelijk een verminderd bewustzijn en verminderde ademhaling tot gevolg de eerste uren na de operatie. Ook pijnstillers die na de operatie worden toegediend kunnen een invloed hebben op het bewustzijn en de ademhaling. Bovendien betekent het einde van de operatie niet dat het lichaam al volledig genezen is : er is gewerkt aan organen (bv. de longen) en structuren (bv. de buikwand), zodat ademen moeilijker kan zijn; er zijn bloedvaten doorgesneden wat een risico op nabloeden tot gevolg heeft. Het lichaam zal meerdere dagen nodig hebben om zich te herstellen en dus een nieuwe stabiliteit te verwerven.

De patiënt is dus na de operatie nog steeds in een zeer onstabiele situatie die nauwlettend moet geobserveerd worden. Vandaar dat de patiënt na de operatie naar

de ontwaakzaal wordt gebracht waar hij onder bewaking en in behandeling blijft tot zijn toestand gestabiliseerd is, en het lichaam opnieuw voldoende functioneert (goede ademhaling, bloeddruk en pijn onder controle, voldoende wakker).

Het verblijf in de ontwaakzaal varieert van een half uur tot meerdere uren, afhankelijk van de ernst van de operatie en de toestand van de patiënt. Bij zware operaties en bij zwaar zieke patiënten opteert de anesthesist soms voor een vertraagd ontwaken: de anesthesie wordt dan geleidelijk aan stopgezet. Dit gebeurt vooral in situaties waarbij de stabilisatie van de patiënt maar kan gebeuren door langdurige ondersteuning van de vitale functies, zoals bloedsomloop en ademhaling. In deze situaties zal de patiënt meteen naar de afdeling intensieve zorgen worden overgebracht. Ook waar de anesthesist vermoedt dat de stabilisatie van de patiënt een langdurige verdoorgedreven bewaking vereist, wordt geopteerd voor de afdeling intensieve zorgen.

In de ontwaakzaal zorgen hoog opgeleide verpleegkundigen onder leiding van continu beschikbare anesthesisten voor de geopereerde patiënt. Pas als de anesthesist ervan overtuigd is dat de geopereerde patiënt terug in een voldoende stabiele conditie is, en geen intensieve bewaking met allerlei apparatuur meer nodig heeft, kan de patiënt naar zijn kamer terugkeren. Het is immers de bedoeling dat op de kamer de patiënt als het ware zichzelf kan bewaken en bij ongemak op de bel kan drukken om de verpleegkundige te roepen.

2. Het preoperatief nazicht.

Om de patiënt op een goede en veilige manier doorheen het operatiegebeuren te kunnen loodsen moet de anesthesist goed weten in welke conditie de patiënt verkeert. Daarbij is niet alleen de lichamelijke toestand van belang. Het is minstens even belangrijk om te weten hoe de patiënt emotioneel tegenover de operatie en de anesthesie staat, en welke wensen en vragen hij heeft.

De anesthesist doet in regel het preoperatief onderzoek de avond voor de ingreep op de kamer van de patiënt. De anesthesist zoekt hierbij volledige informatie over huidige en vroegere medicatie, over ziekten en gewoonten (bv. hoge bloeddruk, roken, alcohol, allergieën). Het is ook belangrijk ziekte-toestanden bij bloedverwanten te vermelden. Heel belangrijk hierbij is het preoperatief dossier, dat met behulp van uw huisarts en volgens de richtlijnen van de anesthesist zou moeten worden opgemaakt.

Het grote voordeel van het preoperatief bezoek is dat de anesthesist nog bijkomende onderzoeken en consulten bij andere specialisten kan plannen, en eventueel behandelingen kan aanpassen of starten om de patiënt optimaal voor te bereiden op de operatie en de anesthesie.

Het preoperatief bezoek is voor de patiënt ook een gelegenheid tot overleg met de anesthesist over de voorbereiding, het soort anesthesie, en de situatie onmiddellijk na de anesthesie en de operatie, vooral wat pijnverdooving en het verblijf in de ontwaakzaal betreft.

Bij daghospialisatie waarbij de patiënt de dag van de operatie opgenomen wordt is een bezoek van de anesthesist meestal niet strikt noodzakelijk en volstaat een goed preoperatief dossier opgemaakt met behulp van de huisarts. Het gaat hier immers om mineure operaties waarbij de algemene toestand van de patiënt goed is.

Mocht U om de een of andere reden toch behoefte hebben om preoperatief een anesthesist te consulteren, dan kan dit via telefonische afspraak op het nummer 051/237039.

3. Anesthesietechnieken.

In de praktijk bestaan er verschillende vormen van anesthesie. Er is de algemene narcose waarbij de patiënt volledig "in slaap" wordt gebracht, en er zijn de regionale anesthesietechnieken waarbij maar een bepaald deel van het lichaam wordt "verdoofd". In het eerste geval wordt de pijnprikkel aangepakt ter hoogte van de hersenen, bij de regionale anesthesie wordt juist verhinderd dat de pijnprikkel de hersenen bereikt.

1. De algemene anesthesie.

Bij een algemene anesthesie wordt het bewustzijn tijdelijk uitgeschakeld. Bij het begin van de algemene narcose (de inleiding) zal de anesthesist meestal via een infuus (buisje in de ader) medicatie inspuiten (intraveneuze anesthesie) of anesthesiegassen toedienen via een masker dat voor het gezicht van de patiënt wordt gehouden (inhalatieanesthesie). Dankzij die medicatie (het hypnoticum) zal de patiënt zeer snel, na een paar seconden, bewusteloos worden : de patiënt wordt in slaap gedaan.

In slaap doen betekent echter niet pijnvrij maken. Daarvoor zijn pijnstillers nodig die de hersenen onverschillig maken voor pijn. Hiervoor worden medicamenten gebruikt die verwant zijn aan morfine (de zogenaamde opiaten).

Vaak wordt ook medicatie toegediend om de spieren te verslappen (curare). Door het verslappen van de spieren zal de chirurg de operatie gemakkelijker kunnen uitvoeren.

Al deze medicatie zal echter tot gevolg hebben dat de patiënt niet meer voldoende ademt. Daarom zal de anesthesist de ademweg vrijhouden en de ademhaling eventueel assisteren. Bij kleinere operaties gebeurt dit via een masker op de mond, bij grotere operaties brengt de anesthesist zodra de patiënt volledig bewusteloos is, een buisje in de luchtpijp. (intubatie). Dat buisje wordt verbonden met een beademingstoestel dat ervoor zorgt dat de patiënt tijdens de operatie toch voldoende zuurstof en eventueel ook anesthesiegassen krijgt toegediend.

Tijdens de operatie zal de anesthesist voortdurend de diepte van de narcose, de werking van het hart, longen, nieren, hersenen in het oog houden, evalueren en bijsturen daar waar nodig. Hiervoor heeft hij een reeks gesofistikeerde apparaten ter beschikking en wordt hij geassisteerd door goed opgeleide verpleegkundigen.

Een algemene anesthesie bestaat dus uit een combinatie van drie medicamenten : "slaap"medicatie, krachtige pijnstillers en spierverslappers. Daarbij komen dan nog specifieke maatregelen en medicamenten om het lichaam en de werking van alle organen stabiel te houden.

Tegen het einde van de operatie zal de anesthesist de medicatie die de patiënt bewusteloos maakt en de medicatie voor spierontspanning geleidelijk aan stoppen, zodat de patiënt langzaam terug wakker wordt. Als de patiënt zelf opnieuw voldoende kan ademen, wordt het beademingsbuisje uit de luchtpijp verwijderd.

2. De regionale anesthesietechnieken.

Bij een regionale anesthesie wordt slechts een bepaald deel van het lichaam verdoofd. Regionale anesthesie wordt ook wel verkeerdelijk lokale anesthesie genoemd. Een lokale anesthesie is eigenlijk het pijnvrij maken van een klein gebied van het lichaam door een verdovingsmiddel (lokaal anestheticum) ter plaatse onder de huid in te spuiten. (bv. bij het wegnemen van een wratje, verwijderen van een tand).

Bij regionale anesthesie wordt het lokaal anestheticum ingespoten rond een grote zenuw die vanuit het ruggemerg naar het te opereren gebied loopt. Op die manier wordt een ganse streek (regio) verdoofd. Die werkwijze maakt het mogelijk dat de patiënt wakker blijft tijdens de ingreep, maar zorgt er toch voor dat de pijnprikkels vanuit het geopereerde gebied de hersenen niet kunnen bereiken, en de patiënt de pijn dus ook niet kan voelen.

Dat is het grote verschil met de algemene anesthesie. Bij een algemene anesthesie zorgt de medicatie ervoor dat de hersenen van de patiënt zich niet meer om het pijnsignaal bekommeren.

Bij een regionale (en ook bij een lokale anesthesie) geraakt het pijnsignaal niet meer tot in de hersenen. Het signaal wordt gestopt, de telefoonlijn wordt a.h.w. doorgeneden door de zenuwen die de pijnprikkels naar de hersenen voeren, tijdelijk buiten werking te stellen.

Een regionale anesthesie kan uiteraard alleen voor die gebieden waarin de zenuwen gemakkelijk te vinden en te blokkeren zijn (bv. een arm, been of het onderste gedeelte van het lichaam).

Technisch gezien kunnen de regionale technieken op verschillende wijzen worden gerealiseerd :

a. Spinale verdoving.

Dit is de zogenaamde ruggenprik waarbij de onderste lichaamshelft wordt verdoofd. Met een fijne naald zal de anesthesist ter hoogte van de lenden tussen de ruggenwervels prikken en een verdovingsmiddel inspuiten in het vocht dat zich rond het ruggemerg bevindt. De prik gaat doorheen het omhulsel rond het ruggemerg. Deze prik doet meestal niet meer pijn dan de prik die men krijgt bij een bloedafname en kan zowel in zittende als in liggende houding gebeuren.

Behalve een verdoving veroorzaakt deze inspuiting ook een verlamming van de benen die blijft duren zolang de verdoving werkt. Het is een snelle, eenvoudige techniek voor korte ingrepen onder de navel.

b. Epidurale verdoving.

Deze gebeurt ook via een ruggenprik maar het verdovingsmiddel wordt net buiten het omhulsel van het ruggemerg ingespoten. Hierdoor duurt het wat langer (ongeveer 15 minuten) voor de verdoving optimaal werkt. Het grote voordeel van deze epidurale verdoving is dat op hetzelfde moment een katheter (dit is een zeer dun buisje) in de ruimte rond het ruggemerg kan worden ingebracht. Via deze katheter kan men de patiënt pijnverdoving toedienen tot zelfs een paar dagen na de operatie.

c. Regionale verdoving.

Hiermee wordt een lidmaat (of een deel ervan) pijnvrij gemaakt door een verdovingsmiddel in te spuiten rond de zenuwen die naar het te opereren lidmaat

lopen. Om het verdovingsmiddel zo dicht mogelijk rond de zenuw te kunnen inspuiten gaat de anesthesist terwijl hij de naald inbrengt zeer kleine elektrische stroomstootjes doorheen de naald voeren. Als de naaldpunt vlak bij de zenuw komt zal de patiënt deze stroomstootjes voelen of kleine spierschokjes gewaarworden. Zo kan het lokale verdovingsmiddel precies op de goede plaats worden ingespoten. Bij deze techniek kan ook weer een katheter in de buurt van de zenuw worden geplaatst zodanig dat men langs deze weg de eerste dagen na de operatie aan pijnbestrijding kan doen.

3. Algemene of Regionale anesthesie.

De keuze voor een regionale dan wel een algemene anesthesie is afhankelijk van verschillende factoren.

Sommige patiënten verkiezen een algemene boven een regionale anesthesie "om het allemaal niet bewust te moeten meemaken."

Soms is een algemene anesthesie absoluut noodzakelijk. Dat kan verschillende redenen hebben : omdat de operatie lang duurt of omdat de patiënt in een oncomfortabele houding op de operatietafel moet geïnstalleerd worden. Een belangrijke reden is ook dat tijdens de operatie zodanig ingrijpende handelingen moeten worden uitgevoerd (bv. een hartoperatie) dat de volledige controle over het lichaam tijdens een algemene anesthesie garant staat voor een veilig verloop van de operatie.

De keuze wordt ook mee bepaald door de voorkeur van zowel de anesthesist als de chirurg.

Een algemene anesthesie heeft het voordeel dat de anesthesist op elk ogenblik onmiddellijk beschermende en corrigerende maatregelen kan nemen. De anesthesist heeft immers alle belangrijke functies van het lichaam van meet af aan overgenomen en volledig in beheer. Daarom is het soms een voordeel te kiezen voor een algemene anesthesie bij zwaar zieke personen, juist omwille van het feit dat de anesthesist de mogelijkheid heeft om er snel en met alle middelen voor te zorgen dat alle lichaamsfuncties normaal behouden blijven.

Het voordeel van een regionale anesthesie is dan weer dat de pijnbestrijding na de operatie gemakkelijk kan worden verder ingezet indien een katheter werd ingebracht. Alhoewel een regionale anesthesie per definitie betekent dat de hersenen, dus het bewustzijn, niet het doelwit zijn kan tijdens een regionale anesthesie ook medicatie worden toegediend waar je slaperig van wordt (sedativa). De patiënt is hierdoor niet echt diep in slaap maar kan zich beter ontspannen en zich comfortabeler voelen.

Soms wordt bij bepaalde ingrepen een combinatie gemaakt van algemene en regionale anesthesie (bv. bij een darmoperatie wordt vaak een epidurale anesthesie gecombineerd met een algemene anesthesie). Hierbij worden de voordelen van beide technieken gecombineerd.

4. Pijnbehandeling na de operatie.

Pijn is een signaal dat het lichaam stuurt om je ervan bewust te maken dat er ergens in het lichaam iets mis loopt. Wanneer je in contact komt met vuur zal je pijn voelen nog voor je je effectief hebt verbrand. Het lichaam stuurt een waarschuwingssignaal

uit zodat je maatregelen kan nemen om te voorkomen dat je jezelf kwetst of nog meer kwetst. Pijn heeft dus een beschermende functie.

Maar na een operatie kan deze beschermende functie ook nadelig werken. Na een buikoperatie bijvoorbeeld, ga je door de pijn minder diep ademen en zo weinig hoesten. Dat heeft tot gevolg dat er minder zuurstof wordt opgenomen. Zo loop je het risico om een longontsteking te krijgen. Door de pijn na de operatie ga je ook geneigd zijn om wat minder te bewegen. Daardoor kan je gemakkelijker bloedklonters vormen met mogelijk een flebitis (ontsteking van de aders) tot gevolg. Die bloedklonters kunnen ook loskomen en naar de longen schieten (longembolie). Dat kan levensgevaarlijk zijn. Door de effecten die de pijn heeft op het lichaam zal ook de bloeddruk stijgen en de pols versnellen. Dat kan dan weer zeer nadelig zijn bij patiënten met hart- en vaatziekten.

Een goede pijnbehandeling na de operatie is dan ook van het grootste belang. Ze draagt ertoe bij dat er zich minder complicaties voordoen, de patiënt zich comfortabeler voelt en sneller herstelt.

Er zijn verschillende vormen van pijnbehandeling.

1. Pilletjes, bruistabletten.

Dit zijn de alom gekende pijnstillers (bv. Dafalgan, Perdolan, ...) die gebruikt worden voor alle vormen van pijn. Het duurt minstens een half uur voordat ze beginnen te werken en ze moeten met de regelmaat van de klok worden ingenomen. Deze pijnstillers worden meestal toegediend als de patiënt in staat is om te eten en te drinken en geen last heeft van misselijkheid en braken.

Sommige van deze medicamenten bestaan ook in inspuitbare vorm en kunnen al tijdens en onmiddellijk na de operatie toegediend worden.

2. Inspuitingen.

Krachtige pijnstillers worden vaak via een inspuiting toegediend (opiaten of morfine-achtige producten). Ze kunnen via het infuus (katheter in de ader) of via de bilspier (intramusculaire injectie) worden toegediend. Wanneer de toediening via het infuus gebeurt, komt de medicatie onmiddellijk in de bloedbaan terecht en zal meteen beginnen te werken. Bij intramusculaire injectie kan het een twintigtal minuten duren voor het medicament begint te werken. Soms geven ze aanleiding tot misselijkheid en braken.

3. Constante toediening van medicatie.

Een andere mogelijkheid is dat de patiënt continu via het infuus of via de katheter, die geplaatst werd voor de regionale verdoving, een bepaalde hoeveelheid pijnmedicatie krijgt toegediend. Deze toediening van de medicatie gebeurt meestal met behulp van een toestel (spuitdrijver).

4. Patiënt gecontroleerde pijnstilling (of PCA).

Bij PCA wordt de pijnmedicatie toegediend via een pomp (de zogenaamde "pijnpomp"). Het toestel dient al dan niet continu een hoeveelheid pijnstillers toe via een infuus in een ader of via de regionale pijnverdoovingstechniek. Het grote voordeel bij deze vorm van pijnbestrijding is dat de patiënt in grote mate zelf kan bepalen hoeveel pijnstillers hij krijgt toegediend. Door een eenvoudige druk op de knop zal het toestel een vooraf ingestelde dosis pijnstillers toedienen. Hoeveel medicatie er per druk op de knop wordt toegediend en de maximale hoeveelheid per uur wordt vooraf door de anesthesist ingesteld. De patiënt hoeft dus niet bang te zijn dat hij "te veel" gaat krijgen : hij kan zo vaak hij wil op de knop drukken, het toestel gaat nooit meer dan de ingestelde hoeveelheid per keer en per uur toedienen. Na het drukken op de knop duurt het ongeveer een tiental minuten voor de pijnstillers begint te werken.

Het grote voordeel van dit systeem is dat de patiënt niet steeds de verpleegkundige hoeft te verwittigen wanneer hij (meer) pijn krijgt. Daardoor is de patiënt niet meer afhankelijk van de verpleegkundigen en kan hij in grote mate zelf zijn graad van pijnverdooving bepalen. Deze toestellen kunnen pijnstillende medicatie geven via een infuus (PCA) of via een katheter die geplaatst werd voor een regionale techniek. Deze techniek wordt vooral gebruikt bij zware, pijnlijke ingrepen bv. open buik operaties, operaties aan de borstkas en dergelijke.

5. Wat zijn de mogelijke risico's, bijwerkingen ?

1. misselijkheid en braken.

Misselijkheid en braken kunnen door verschillende factoren veroorzaakt worden. Zij zijn dus niet altijd te wijten aan de anesthesie. Dankzij verbeterde medicatie en anesthesietechnieken is het risico op misselijkheid en braken de laatste jaren juist sterk verminderd. De operatie (bv. buikoperaties, operaties aan de ogen, de oren), pijn en angst en de pijnmedicatie zelf kunnen ook aan de basis liggen van misselijkheid en braken. Bloed dat in de maag gelopen is bv. na het trekken van een tand geeft nogal eens aanleiding tot braken.

Als de patiënt reeds uit vroegere ervaringen weet dat hij/zij gemakkelijk last heeft van misselijkheid en braken na een operatie, of bij mensen met reisziekte is het aan te raden dit tijdig te melden aan de anesthesist. De anesthesist kan dan tijdens de operatie al gepaste medicatie geven om het probleem te helpen voorkomen.

Misselijkheid en braken kunnen bijna altijd verholpen worden, zij het soms met dure medicatie.

2. Keelpijn en heesheid.

Patiënten kunnen na de operatie ook wat keelpijn hebben, of hees zijn. Dat wordt veroorzaakt door het buisje dat in de luchtweg wordt geplaatst om de verbinding te maken met de anesthesiemachine. De maagsonde die bij sommige operaties wordt geplaatst kan ook irritatie in de keel veroorzaken. Het probleem verdwijnt spontaan na twee of drie dagen.

3. Beschadiging van het gebit.

Af en toe gebeurt het dat één of meerdere tanden beschadigd worden bij het inbrengen van het beademingsbuisje. Dat komt vooral voor bij patiënten met een

kleine mondopening of een stijve nek waardoor het inbrengen van het beademingsbuisje moeizaam kan verlopen. Als daarenboven de tanden slecht verzorgd zijn, is te verwachten dat het gebit te lijden heeft.

4. Spier- en rugpijn.

Spier- en rugpijn wordt veroorzaakt door een lange tijd bewegingsloos in een oncomfortabele houding op de operatietafel te moeten liggen. Patiënten die regelmatig last hebben van rug- en/of nekpijn brengen dan ook best de anesthesist of de verpleegkundigen in de operatiezaal hiervan op de hoogte zodat men aangepaste maatregelen kan nemen (bv. een extra kussen onder de hals, rug en knieën).

5. Geheugen- en concentratiestoornissen, vermoeidheid.

Concentratiestoornissen en vermoeidheid worden niet alleen veroorzaakt door de anesthesie, maar ook door de operatie zelf en de uitgelokte stressreactie. Na een operatie heeft het lichaam tijd nodig om zich te herstellen. Het is dan ook normaal dat men zich niet onmiddellijk fit voelt.

Na de operatie is men nog een tijdje onder invloed van de anesthesiemedicatie. Dit heeft tot gevolg dat men zich de eerste minuten tot zelfs uren na de operatie nog wat suf voelt en zich niets kan herinneren van de operatie. Ook pijnstillers kunnen een effect hebben op het geheugen en concentratievermogen. Bij bejaarde personen kan de opname in het ziekenhuis, de verstoring van de slaap en het dag/nachtritme reeds aanleiding geven tot verwardheid. Ook bij drug- en alcoholgebruikers kan verwardheid optreden door ontbering van de gewenningsmiddelen. Deze verwardheid is meestal een tijdelijk verschijnsel dat zich na enkele dagen spontaan herstelt.

6. Wakker worden tijdens de operatie (awareness).

Patiënten vrezen soms dat ze tijdens de ingreep wakker gaan worden. Dit "wakker worden" slaat dus eigenlijk op het bewust beleven van wat er tijdens de operatie gebeurt. Zoals hoger gesteld is de slaap, het verlies van bewustzijn dus, maar één component van de anesthesie zelf. Dat tegelijk ook de pijnverdooving deficiënt zou zijn is weinig waarschijnlijk. Bovendien moet dit "wakker worden" ook omzichtig bekeken worden. Alhoewel er een algemene uitschakeling is van het bewustzijn, blijven geluiden en andere prikkels tijdens de narcose op het lichaam toestromen. Deze prikkels laten in de hersenen sporen na die misschien achteraf als een periode van wakker zijn en meebeleven van wat er gebeurde kunnen geïnterpreteerd worden. Na de operatie wordt de patiënt wakker op de operatietafel, hij wordt in bed gelegd en naar de ontwaakzaal gebracht waar hij pas echt helemaal wakker wordt. De patiënt slaagt er door de effecten van de toegediende medicatie en de verwarrende omstandigheden niet altijd in om een onderscheid te maken tussen de operatie zelf en de onmiddellijke postoperatieve periode.

Met de huidige anesthesiemedicatie en –technieken is de kans dat men wakker wordt tijdens een operatie zeer, zeer klein. De moderne bewakingsapparatuur helpt de anesthesist om te bepalen hoe diep de narcose is. Indien nodig zal hij extra medicatie toedienen zodat de patiënt diep genoeg in slaap blijft. Het mag echter niet uit het oog verloren worden dat patiënten onder elkaar sterk kunnen verschillen qua

gevoeligheid aan medicatie. Wat voor de ene meer dan voldoende is, is voor de andere bepaald te weinig. Dit is onmogelijk te voorzien. In uitzonderlijke gevallen kan de anesthesist slechts een "lichte" narcose toedienen omdat de algemene gezondheidstoestand van de patiënt te slecht is en zijn hart geen zware narcose aankan (bv. patiënten die na een zwaar verkeersongeval in kritieke toestand moeten geopereerd worden, patiënten met zware hartaandoeningen). Om het leven van de patiënt te redden wordt dan voor een minder diepe narcose gekozen waarbij echter wel het risico toeneemt dat de patiënt zich iets van de operatie herinnert.

7. Overlijden.

Het risico dat men overlijdt aan een anesthesie is uiterst klein en hangt eerder samen met de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en eventuele complicaties die zich tijdens de operatie voordoen.

Een risicoloze operatie en anesthesie bestaat niet, net zoals er altijd een risico verbonden is met autorijden of de straat oversteken. Uiteraard stelt de moderne anesthesie alles in het werk om het gebeuren rond de operatie zo veilig mogelijk te laten verlopen. Daar waar vroeger het risico op overlijden rond 1 op 15000 lag, is dat nu teruggedrongen tot 1 op 400 000. Daarbij dient gesteld dat patiënten alsmaar ouder worden en vaak grote gezondheidsproblemen hebben en dat veel ingrijpender operaties kunnen worden uitgevoerd en dit alles met steeds minder risico. Dankzij de moderne anesthesie worden nu miljoenen mensen geholpen die vroeger geen schijn van kans zouden gehad hebben.

8. Allergische reacties op medicatie.

Het is belangrijk dat de patiënt de anesthesist voor de operatie op de hoogte brengt van gekende allergieën bij zichzelf en familie. Het feit dat de anesthesist krachtige medicatie in de bloedbaan spuit, stelt de patiënt bloot aan soms levensbedreigende overgevoelighedsreacties. De anesthesist is er op getraind om deze reacties onmiddellijk te onderkennen en te behandelen.

9. Zenuwbeschadiging.

Zenuwbeschadiging met verlamming of gevoelsstoornissen tot gevolg, treedt uiterst zelden op. Ze kunnen het gevolg zijn van de langdurige immobilisatie of de moeilijke positionering op de toch wel harde tafel of als complicatie na regionale anesthesie.

Meestal verdwijnen de klachten spontaan na twee of drie maand.

Uiterst zelden kan ernstige zenuwbeschadiging kan optreden na epidurale en spinale anesthesie wanneer tengevolge van de ruggenprik een bloeduitstorting rond het ruggemerg ontstaat door het aanprikken van een bloedvat. Daarom mag bij patiënten met stollingsstoornissen de ruggenprik niet worden toegediend en moet alle antistollingsmedicatie voldoende lang zijn gestopt.

10. Hoofdpijn.

Na een ruggenprik (bij spinale en epidurale anesthesie) kunnen patiënten last hebben van ernstige hoofdpijn. Algemeen wordt aangenomen dat de hoofdpijn veroorzaakt wordt doordat bij de ruggenprik een klein beetje ruggemergvocht kan verloren gaan doorheen het gaatje dat door de naald in het omhulsel rond het

ruggemerg wordt gemaakt. Hoewel steeds dunnere naalden en fijnere technieken worden gebruikt is die hoofdpijn niet altijd volledig te vermijden. De hoofdpijn vermindert meestal na enkele uren en kan worden behandeld met pijnstillers. Heel af en toe is de hoofdpijn zo uitgesproken dat de patiënt niet kan rechtopzitten. De anesthesist kan dan beslissen om wat bloed uit een ader te nemen en dat in te spuiten in het gebied waar de ruggenprik eerder gebeurde, met de bedoeling dat het bloed een klonter vormt en zo het gaatje gaat dichten (bloedpatch). Hoofdpijn kan ook optreden bij patiënten die roken of veel koffie, thee of cola drinken. Door het feit dat men nuchter moet blijven kan de hoofdpijn een soort teken van ontwenning zijn. Het nuchter zijn kan ook leiden tot een laag suikergehalte in het bloed wat ook hoofdpijn kan veroorzaken.

11. Problemen met het wateren.

Na een spinale of een epidurale verdoving bestaat vooral bij mannen het risico dat ze tijdelijk wat moeilijk kunnen wateren. Vrouwen kunnen tijdelijk last hebben van spontaan urineverlies. Soms zal het dan ook nodig zijn dat men een blaassonde plaatst om het probleem op te lossen.

6. Wetenschappelijk onderzoek

Dank zij niet aflatend wetenschappelijk onderzoek is anesthesie steeds veiliger geworden. Nieuwe ontwikkelingen binnen het domein van de anesthesie (nieuwe pijnmedicatie, verbeterde anesthetica en anesthesieapparatuur) helpen ook om vooruitgang in de chirurgie te verwezenlijken. Omgekeerd is de wens van de chirurgie om grenzen te verleggen een stimulans voor de anesthesie om zich verder te ontwikkelen.

Anesthesie streeft er dan ook voortdurend naar om de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit kan echter niet zonder de hulp van de patiënt. Het is dan ook zeer goed mogelijk dat aan de patiënt gevraagd wordt om aan een wetenschappelijk onderzoek deel te nemen. Het spreekt voor zich dat bij dergelijke onderzoeken (nieuwe geneesmiddelen bv.) de veiligheid van de patiënt voorop staat. Om de veiligheid van de patiënt te garanderen zijn alle wetenschappelijke onderzoeken aan zeer strenge nationale en internationale richtlijnen onderworpen die nauwgezet moeten gerespecteerd worden (Verklaring van Helsinki, Europese directieven en wet inzake experimenten op de menselijke persoon). Bovendien moet de Ethische Commissie van het ziekenhuis zijn toestemming verlenen vooraleer de medewerking van de patiënt aan het wetenschappelijk onderzoek kan worden gevraagd.

Het spreekt voor zich dat de medewerking aan een wetenschappelijk onderzoek geenszins een verplichting inhoudt en steeds op vrijwillige basis gebeurt.

BESLUIT

Algemeen kan men stellen dat alle vormen van anesthesie zeer veilig zijn. De meeste verwikkelingen die zich tijdens een operatie voordoen hangen samen met de algemene gezondheidstoestand van de patiënt (bv. aandoeningen van het hart, longen, zwaarlijvigheid, roken,...) en de operatie zelf.

Een operatie blijft een ingrijpende gebeurtenis. Het lichaam heeft dan ook tijd nodig om hiervan te herstellen en terug op krachten te komen. Hoe gezonder de patiënt voor de operatie is, hoe minder kans op problemen nadien.

Welke problemen zich ook voordoen, welke vragen men als patiënt ook over de operatie en anesthesie heeft, aarzel niet om de anesthesist hierover aan te spreken, ofwel tijdens het preoperatief bezoek, ofwel na afspraak (tel 051/237039).

*Dienst Anesthesie
H.Hartziekenhuis
Roeselare.*