



Wat is anesthesie?

1. Wat is anesthesie?

“Dokter, ik zal toch nog 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?

1.1 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 “stressreactie”.

Eenzijds 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 (invloed op hart, longen, ...) zijn. 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 nog tal van chemische stoffen gevormd 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 moet de patiënt voor meerdere uren bewegingloos in een onnatuurlijke positie op de operatietafel liggen. Door de constante druk op huid, spieren en zenuwen kan beschadiging van deze structuren optreden (bv. doorligwonden). De anesthesist tracht die schade te vermijden of zoveel mogelijk te beperken. Hij zorgt er ook voor 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 dat 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 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 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.

1.2 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 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. Als de anesthesist vermoedt dat de patiënt binnen de 24 uur niet voldoende kan gestabiliseerd worden, zal de patiënt meteen na de operatie naar de intensieve zorgafdeling worden gebracht.

In de ontwaakzaal zorgen hoog opgeleide verpleegkundigen onder leiding van een continu aanwezige anesthesist voor de geopereerde patiënt. Pas als de anesthesist die verantwoordelijk is voor de postoperatieve zorgeneenheid 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 preoperatieve 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 kan dat preoperatieve onderzoek de avond voor de ingreep doen op de kamer van de patiënt. Maar in de praktijk gebeurt dat steeds minder, omdat de tendens bestaat het ziekenhuisverblijf in te korten (bv. dagchirurgie of patiënten die maar enkele uren voor de operatie worden opgenomen). Daarom wordt geprobeerd om het preoperatieve nazicht tijdens de raadpleging te doen, al dan niet aansluitend op de raadpleging bij de chirurg.

De anesthesist zoekt volledige informatie over huidige en vroegere medicatie, over ziektes en gewoontes (vb. hoge bloeddruk, roken, alcoholgebruik of gebruik van andere genotsmiddelen, allergieën). Het is ook belangrijk ziekte-toestanden of problemen bij bloedverwanten te vermelden.

Het grote voordeel van de preoperatieve consultatie is dat de anesthesist nog bijkomende onderzoeken kan plannen en eventueel behandelingen kan aanpassen of starten om de patiënt optimaal voor te bereiden op de operatie en anesthesie. Het preoperatief consult 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.

Soms is een bezoek aan de anesthesist niet strikt noodzakelijk en volstaat het om een vragenlijst in te vullen of om even telefonisch contact op te nemen. Dat hangt niet zozeer af van het soort operatie, maar wel van de algemene toestand van diegene die moet geopereerd worden. Bij een kleine operatie bij een jong en gezond persoon kan het bv. volstaan om een vragenlijst in te vullen; maar een kleine operatie bij een oudere persoon met hartlijden vergt wel degelijk een meer diepgaand preoperatief nazicht door de anesthesist zelf.

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 een regionale anesthesie wordt juist verhinderd dat de pijnprikkel de hersenen bereikt.

3.1. De algemene anesthesie

Bij een algemene anesthesie wordt het bewustzijn tijdelijk uitgeschakeld. Bij het begin van een algemene narcose (de inleiding) zal de anesthesist meestal via een infuus (buisje in een ader) medicatie inspuiten (intraveneuze anesthesie) of anesthesiegassen toedienen via een masker dat voor het gezicht van de patiënt wordt gehouden (inhalatie anesthesie). 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 medicamenten zullen echter ook tot gevolg hebben dat de patiënt meestal niet meer voldoende kan ademen. Daarom zal de anesthesist zodra de patiënt volledig bewusteloos is, een buisje in de luchtpijp van de patiënt steken (intuberen). 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 hart, longen, nieren en hersenen in het oog houden, evalueren en bijsturen daar waar nodig.

Een algemene anesthesie bestaat dus uit een combinatie van drie medicamenten: “slaap”medicatie, krachtige pijnstillers en spierverslappers. Daarbij komen dan nog de 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.

3.2 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 ruggenmerg 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 een 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. doorgesneden 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 deel van het lichaam).

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

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 ruggenmerg bevindt. De prik gaat doorheen het omhulsel rond het ruggenmerg. Deze prik doet meestal niet meer pijn dan de prik die men krijgt bij een bloedafname en kan zowel in zittende als 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 de ruggenprik maar het verdovingsmiddel wordt net buiten het omhulsel van het ruggenmerg ingespoten. Hierdoor duurt het wat langer (ongeveer 15 minuten) voor de verdoving optimaal werkt. Het grote voordeel van een epidurale verdoving is dat op hetzelfde moment een katheter (dit is een zeer dun buisje) in de ruimte rond het ruggenmerg kan worden ingebracht. Via deze katheter kan men de patiënt pijnverdooving toedienen tot zelfs een paar dagen na de operatie.

c. Regionale anesthesie

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 verdere pijnbestrijding kan doen.

3.3 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. bij 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 meebepaald door de voorkeur van de anesthesist en 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 gezet 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.

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 mogelijk 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 (longembolen). 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- of bloedvatziekten.

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.

4.1 Pilletjes, bruistabletten

Dit zijn de alom gekende pijnstillers (bv. Dafalgan®, Perdolan®, Nurofen®) 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 drinken en geen last heeft van misselijkheid of braken. Sommige van deze medicamenten bestaan ook in inspuitable vorm en kunnen al tijdens en onmiddellijk na de operatie toegediend worden.

4.2 Inspuitingen

Krachtige pijnstillers worden vaak via een inspuiting toegediend (opiaten of morfine-achtige producten). Ze kunnen via het infuus (katheter in een 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 een intramusculaire injectie kan het een twintigtal minuten duren voor het medicament begint te werken. Soms geven ze aanleiding tot misselijkheid of braken.

4.3 Constante toediening van pijnmedicatie

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

4.4 Patiënt gecontroleerde pijnstilling (of PCA)

Bij PCA wordt de pijnmedicatie toegediend via een pomp (de zogenaamde “pijnpomp”). Het toestel dient aldus 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, maar 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 pijnstiller 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 opiaten geven via het infuus (intraveneuze weg) of via een katheter die geplaatst werd voor een regionale techniek. Dergelijke techniek wordt vooral gebruikt bij zware, pijnlijke ingrepen vb. openbuik-operaties, operaties aan de borstkas. Deze techniek wordt voorgesteld en besproken tijdens de preoperatieve consultatie anesthesie.

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

5.1 Misselijkheid en braken

Misselijkheid en braken kunnen door verschillende factoren veroorzaakt worden. Ze 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 ook 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.

5.2 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.

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

5.4 Spier- en rugpijn

Spier- en rugpijn wordt veroorzaakt door lange tijd bewegingloos 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 of knieën).

5.5 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 enkele 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- en nachtritme reeds aanleiding geven tot verwardheid. Een operatie kan deze verwardheid nog verergeren. 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.

5.6 Wakker worden tijdens de operatie (awareness)

Patiënten vrezen soms dat ze tijdens de ingreep gaan wakker 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 het 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 zijn 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 zeer 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.

5.7 Overlijden

Het risico dat men overlijdt ten gevolge van de 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 15.000 lag, is het nu teruggedrongen tot 1 op 400.000. Daarbij dient gesteld dat patiënten alsmaar ouder worden en vaak grote gezondheidsproblemen hebben, 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.

5.8 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 overgevoeligheidsreacties. De anesthesist is er op getraind om deze reacties onmiddellijk te onderkennen en te behandelen

5.9 Zenuwbeschadiging

Zenuwbeschadiging met verlamming of gevoelsstoornissen tot gevolg, treedt uiterst zelden op. Ze kunnen het gevolg zijn van de langdurige immobilisatie of moeilijke positionering op de toch wel harde tafel. Zenuwbeschadiging kan ook optreden bij een regionale verdoving. Meestal verdwijnen de klachten spontaan na 2 à 3 maanden. Patiënten die gemakkelijk klachten hebben over tintelingen in armen of benen (bv. na langdurig zitten in dezelfde houding) of die tintelingen hebben in de armen en de hals na bv. een haarwassing bij de kapper, vermelden dit best tijdens het preoperatief overleg met de anesthesist.

5.10 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 ruggenmergvocht kan verloren gaan doorheen het gaatje dat door de naald in het omhulsel rond het ruggenmerg 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 rechtop zitten. 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 klontje 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.

5.11 Problemen om te wateren

Na een spinale of 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.

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 hart of 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 heeft over de operatie en de anesthesie, aarzel niet de anesthesist om advies te vragen.

6. Wie is de anesthesist?

6.1 De opleiding

Een anesthesist is een arts die de fysiologie en pathologie (kennis van de werking van het gezonde en het zieke lichaam), de anatomie (kennis van de opbouw van het lichaam) en de farmacologie (kennis van hoe een medicament in het lichaam werkt en eruit verdwijnt) dagelijks toepast in situaties die snelheid (seconden) en flexibiliteit in aanpak vereisen. Anesthesie is de enige tak in de geneeskunde waar zo snel rechtsreeks en diepgaand op het lichaam wordt ingegrepen.

Na een 7-jarige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde moet de geneesheer-specialist-in-opleiding zich gedurende 5 jaar specialiseren in de anesthesie en zijn deelgebieden (bv. urgentie en intensieve geneeskunde, behandeling van chronische pijn). Heel wat anesthesisten volgen na hun specialisatie nog een bijkomende opleiding van één jaar in de intensieve- of urgentiegeneskunde of chronische pijn.

De afgestudeerde artsen zijn wettelijk verplicht om gedurende hun hele loopbaan jaarlijks een aantal bijscholingen en congressen te volgen en dit ook te staven.

6.2 Het werkterrein

a. Operatiezaal

Het is duidelijk dat anesthesie een zeer belangrijke rol speelt voor het welslagen van een operatie. Anesthesisten dienen niet alleen de narcose toe, maar zij gaan ook tijdens en de eerste uren na de operatie nauwlettend de ademhaling, bloeddruk, pols en vochtverlies van de patiënt observeren en eventuele problemen behandelen.

De anesthesist moet de fasen van de chirurgische ingreep kennen om te kunnen voorzien wanneer een bepaalde meer pijnlijke of destabiliserende handeling zal uitgevoerd worden zodat preventieve maatregelen kunnen genomen worden door bv. de narcose te verdiepen of destabilisatie van de bloedsomloop te voorkomen. Omgekeerd is het de taak van de chirurg om de anesthesist voortdurend in te lichten over de stand van zaken.

b. Urgentie- en intensieve geneeskunde

Gezien hun opleiding zijn anesthesisten zeer goed geplaatst om op te treden bij dringende, levensbedreigende situaties. Zij hebben de kennis om snel en adequaat op te treden in situaties waar het leven van de patiënt gevaar loopt (bv. na een verkeersongeval, verdrinking, hartaanval, ...). Zij zorgen ervoor dat de toestand van de patiënt gestabiliseerd wordt (bloeddruk, pols, ademhaling onder controle) en bereiden hem optimaal voor op een eventuele verdere behandeling.

Dezelfde kennis en “know how” is ook perfect toepasbaar op intensieve zorgen waar de anesthesist zorgt voor de ondersteuning van hart en ademhaling, diagnose en behandeling van de kritisch zieke patiënt.

c. Pijntherapie

De anesthesist is niet alleen verantwoordelijk voor de pijnbehandeling tijdens de operatie, ook na de operatie is het zijn taak om ervoor te zorgen dat de patiënt zich comfortabel voelt en de pijn onder controle blijft. Dit geldt zowel voor patiënten die na de operatie in het ziekenhuis blijven als voor de patiënten die na dagchirurgie opnieuw naar huis gaan. Aan deze patiënten worden richtlijnen meegegeven voor een goede pijnbehandeling thuis. Vanuit hun ervaring met diverse methoden van pijnbehandeling bij de operatiepatiënt zijn anesthesisten ook uitstekend geplaatst voor een gedegen aanpak van de pijnbehandeling bij chronische pijnklachten en kankerpijn.

d. Bevallingen

Tijdens een bevalling zorgt de anesthesist voor het onderdrukken van de pijn tijdens de weeën en ook voor de anesthesie bij een keizersnede. Hierbij wordt meestal een spinaal – epidurale techniek toegepast zodat alleen de onderste lichaamshelft verdoofd wordt, waardoor de moeder in aanwezigheid van de vader de bevalling bewust kan meemaken.

e. Anesthesie buiten de operatiezaal

Op de diensten radiologie, hartkatheterisatie, endoscopie van maag en darmen en onderzoeken van de luchtwegen en de longen wordt ook vaak een beroep gedaan op de anesthesist. Het gaat dan over onderzoeken en/of behandelingen waarbij de patiënt langdurig moet stilliggen, die pijnlijk en onaangenaam zijn of waarbij het risico bestaat dat er zich problemen voordoen met het hart of de bloedvaten. Denken we hierbij onder meer aan het behandelen van een onregelmatige hartslag via de binnenkant van het hart, het behandelen van een misvorming van een bloedvat in de hersenen. Voor het comfort en de veiligheid van de patiënt is het dan vaak ook aangewezen dat de patiënt onder lichte narcose wordt gebracht.

f. Organisatie van het operatiekwartier

De anesthesist en de verpleegkundigen zijn voortdurend in het operatiekwartier aanwezig. De verschillende chirurgische disciplines (abdominale heelkunde, orthopedie, gynaecologie,...) gebruiken de faciliteiten en de infrastructuur van een operatiekwartier ieder een bepaald aantal dagen van de week.

Het is dus logisch dat de anesthesist en de verpleegkundigen samen de hoofdverantwoordelijkheid hebben in de organisatie, zowel dagelijks als op langere termijn, van een operatiekwartier (zaalverdeling, uurschema's, inpassen van urgente of onverwachte ingrepen,...).