

Dienst anesthesie
campus Sint-Augustinus: tel. + 32 3 443 36 13
campus Sint-Vincentius: tel. + 32 3 283 10 91
campus Sint-Jozef: tel. + 32 3 444 12 19
www.anesthesie-augustinus.be

campus Sint-Augustinus
Oosterveldlaan 24
2610 Wilrijk
tel. + 32 3 443 30 11

campus Sint-Vincentius
Sint-Vincentiusstraat 20
2018 Antwerpen
tel. + 32 3 285 20 00

campus Sint-Jozef
Molenstraat 19
2640 Mortsel
tel. + 32 3 444 12 11

www.gzaziekenhuizen.be

Wat u moet weten over anesthesie

Mijnheer, mevrouw

Binnenkort ondergaat u wellicht een heelkundige ingreep. In deze brochure vindt u gedetailleerde informatie over de anesthesietechnieken die bij operaties worden toegepast en de mogelijke risico's die eraan verbonden zijn.

Wij vragen u dan ook om deze informatie door te nemen.

Wanneer u na het lezen van de tekst nog vragen hebt over de anesthesie, dan kunnen deze zeker worden beantwoord wanneer u langskomt op de preoperatieve desk, door de anesthesist op de vooravond van de ingreep, of vóór de ingreep zelf.

Bij bijkomende vragen kunt u ons telefonisch bereiken op:

- campus Sint-Augustinus op het nummer: 03 443 36 13*
- campus Sint-Vincentius op het nummer: 03 283 10 91*
- campus Sint-Jozef op het nummer: 03 444 12 19*

Vergeet niet de ingevulde vragenlijst mee te brengen, zowel bij opname als bij een eventuele raadpleging.

Wij wensen u alvast een voorspoedig verloop van de ingreep. U kunt in elk geval rekenen op onze beste zorg.

*Met vriendelijke groeten
de stafleden van de dienst 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.

1. Tijdens de operatie

Het is uiteraard de bedoeling van elke operatie om de patiënt te genezen of beter te maken. Maar tijdens een operatie krijgt het lichaam ook heel wat versturende signalen te verwerken.

a. Versturende signalen van het kwetsen van het lichaam door de chirurg

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 men voelt.

Anderzijds vertrekken er vanuit het geopereerde gebied nog tal van andere signalen en chemische stoffen naar allerlei andere organen: de pols gaat sneller, de bloeddruk stijgt.

Het gevolg van die versturende 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 langere tijd 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, samen met de chirurg en operatieverpleegkundige, die schade te vermijden of zo veel mogelijk te beperken.

c. Bijkomende ingrijpende handelingen tijdens de operatie

Tijdens sommige operaties moet de chirurg ingrijpende handelingen uitvoeren om zijn doel te bereiken: bloedvaten afklemmen, organen uit de weg duwen, delen van organen verwijderen, een long 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 de lever en nieren goed blijven werken, dat het bloed voldoende stolt ... Daardoor wordt het voor de chirurg ook mogelijk om ingrepen te doen die normaal onmogelijk zouden zijn.

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

Het duurt een tijdje voordat de medicijnen die tijdens de narcose werden gebruikt volledig zijn uitgewerkt, met mogelijk een verminderd bewustzijn en verminderde ademhaling tot gevolg. Ook pijnstillers die na de operatie worden toegediend, kunnen een invloed hebben. Bovendien betekent het einde van de operatie niet dat het lichaam al volledig genezen is: ademen kan moeilijker zijn, er is een risico op nabloeden ... Het lichaam zal een tijd nodig hebben om zich te herstellen.

De patiënt is dus na de operatie nog steeds in een onstabiele situatie die nauwlettend moet geobserveerd worden. Vandaar dat de patiënt naar de ontwaakzaal wordt gebracht waar hij onder bewaking blijft tot zijn toestand grotendeels gestabiliseerd is (goede ademhaling, bloeddruk en pijn onder controle, voldoende wakker). In de ontwaakzaal zorgen hoog opgeleide verpleegkundigen onder leiding van de anesthesist voor de geopereerde patiënt.

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 er soms voor de patiënt meteen na de operatie naar de afdeling intensieve zorg te brengen waar hij eventueel vertraagd kan ontwaken en langer van dichtbij kan opgevolgd worden.

2. De preoperatieve voorbereiding

Om de narcose zo goed mogelijk op u persoonlijk te kunnen afstellen, heeft de anesthesist volledige informatie nodig over medicatie, ziektes en gewoontes. Het is ook belangrijk te vermelden of u bij een specialist in een ander ziekenhuis gevolgd wordt (bv. voor aandoeningen van hart of longen).

Deze gegevens worden verzameld wanneer u langskomt op de preoperatieve desk. De informatie moet volledig zijn voor we een veilige narcose kunnen voorzien.

Het preoperatief nazicht is voor de patiënt ook een gelegenheid tot overleg over de voorbereiding, het soort anesthesie en de situatie onmiddellijk na de anesthesie.

Soms is een bezoek aan de anesthesist vooraf niet strikt noodzakelijk, en volstaat het om een vragenlijst in te vullen of bij uw huisarts langs te gaan.

Indien u zelf toch nog veel vragen hebt, dan kan u telefonisch een afspraak maken:

- *campus Sint-Augustinus op het nummer: 03 443 45 46*
- *campus Sint-Vincentius op het nummer: 03 283 14 90*
- *campus Sint-Jozef op het nummer: 03 444 13 10*

Regels nuchter zijn, u mag gebruiken:

tot 6 uur voor de ingreep	vast voedsel, niet heldere vloeistoffen (melk, soep, fruitsappen, spuitwater ...), flesvoeding voor baby's
tot 4 uur voor de ingreep	borstvoeding, flesvoeding voor baby's < 3 maand
tot 2 uur voor de ingreep	heldere vloeistoffen: water, koffie of thee zonder melk, helder appelsap zonder pulp; maximaal 1 glas

Deze richtlijnen moeten gerespecteerd worden bij algemene narcose én bij locoregionale anesthesie. Het niet volgen van deze richtlijnen kan uw leven in gevaar brengen en zal leiden tot uitstel van de ingreep.

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.

1. De algemene anesthesie

Bij een algemene anesthesie wordt het bewustzijn tijdelijk uitgeschakeld. Bij het begin van een algemene narcose zal de anesthesist meestal via een infuus (buisje in een ader) medicatie inspuiten of anesthesiegassen toedienen via een masker dat voor het gezicht van de patiënt wordt gehouden. Dankzij die medicatie zal de patiënt zeer snel (na een paar seconden) bewusteloos worden. Er worden ook pijnstillers toegediend.

Tijdens de operatie zal de anesthesist voortdurend de diepte van de narcose en pijnstilling, dewerking van hart, longen, nieren en hersenen in het oog houden en evalueren en bijsturen daar waar nodig.

Tegen het einde van de operatie zal de anesthesist de medicatie die de patiënt bewusteloos maakt geleidelijk stoppen, waardoor de patiënt langzaam terug wakker wordt.

2. De regionale anesthesietechnieken

Bij een regionale anesthesie wordt slechts een bepaald deel van het lichaam verdoofd.

Het lokaal anestheticum wordt 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.

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). Ook moet de bloedstolling voldoende zijn om te vermijden dat bloeding optreedt rond de zenuwen na het prikken.

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

a. Spinale verdooving

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

b. Epidurale verdooving

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 verdooving optimaal werkt. Het grote voordeel van een epidurale verdooving 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. Locoregionale 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 de naald inbrengen op geleide van het beeld dat met behulp van echografie wordt gemaakt. Hierbij kunnen ook zeer kleine elektrische stroomstootjes doorheen de naald gevoerd worden. Als de naaldpunt vlak bij de zenuw komt, zal de patiënt deze stroomstootjes voelen of kleine spierschokjes gewaar worden. Zo kan het lokale verdovingsmiddel precies op de goede plaats worden ingespoten. De verdoving van de zenuwen veroorzaakt tijdelijk gevoelloos worden van het verdoofde gebied en ook krachtsverlies. Bij deze techniek wordt soms ook weer een katheter in de buurt van de zenuw geplaatst zodat dat men langs deze weg de eerste dagen na de operatie kan zorgen voor de verdere pijnbestrijding.

3. Algemene of regionale anesthesie?

De keuze voor een regionale of een algemene anesthesie is afhankelijk van verschillende factoren. De keuze wordt mee bepaald door de voorkeur van de patiënt, de anesthesist en de chirurg.

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 ingrijpende handelingen moeten worden uitgevoerd waarbij een algemene anesthesie - met volledige controle over het lichaam - garant staat voor een veilig verloop van de operatie.

Het voordeel van een regionale anesthesie is dan weer dat de pijnbestrijding na de operatie nog een bepaalde tijd verder duurt en dat de patiënt zich niet suf voelt na de ingreep en minder risico heeft op misselijkheid.

Hoewel een regionale anesthesie per definitie betekent dat de hersenen (dus het bewustzijn) niet het doelwit zijn, kan men tijdens een regionale anesthesie ook medicatie toedienen die de patiënt slaperig maakt. De patiënt is hierdoor niet echt diep in slaap maar kan zich beter ontspannen en zich comfortabeler voelen.

Het type anesthesie kan gewijzigd worden zonder uw medeweten wanneer dit nodig blijkt te zijn.

4. Pijnbehandeling na de operatie

Pijn is een signaal dat het lichaam stuurt als waarschuwing en heeft dus een beschermende functie.

Na een operatie kan deze beschermende functie ook nadelig werken. Na een buikoperatie bijvoorbeeld, gaat u door de pijn minder diep ademen en zo weinig mogelijk hoesten. Zo loopt u het risico om een longontsteking te krijgen. Door de pijn na de operatie gaat u ook geneigd zijn om wat minder te bewegen. Daardoor kunnen er gemakkelijker bloedklonters gevormd worden met mogelijk een flebitis (ontsteking van de aders) tot gevolg. 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.

1. Pilletjes, bruistabletten

Het duurt minstens een halfuur voordat ze beginnen te werken.

2. Inspuitingen

Ze kunnen via het infuus (katheter in een ader) of via de bilspier (intramusculaire injectie) worden toegediend.

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 met behulp van een toestel (spuitdrijver).

4. Patiënt gecontroleerde pijnstilling (of PCA)

Bij PCA wordt de pijnmedicatie toegediend via een pomp (de zogenaamde “pijnpomp”) waar de patiënt zelf op kan duwen. 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.

Na het drukken op de knop duurt het ongeveer een tiental minuten voor de pijnstiller begint te werken. Deze toestellen kunnen medicatie geven via het infuus (intraveneuze weg) of via een katheter die geplaatst werd voor een regionale techniek.

5. Anesthesie bij kinderen

Als uw kind een operatie moet ondergaan, is dit minstens even spannend voor u als voor uw kind. Een goede voorbereiding kan heel wat spanning wegnemen. Daarom enkele tips:

- Vertel uw kind over de nakende opname in het ziekenhuis. Hou de informatie zo eenvoudig mogelijk en herhaal voldoende. U kent uw kind het best en weet hoe zijn/haar fantasiewereld eruit ziet en met welk woordgebruik uw kind vertrouwd is. Vooral bij jonge kinderen helpt herhaling om vertrouwd te geraken met de informatie.
- Vergeet zeker niet een vertrouwde knuffel of stuk speelgoed mee te nemen.
- Betrek ook de andere kinderen uit het gezin bij de voorbereiding.
- Zeg uw kind(eren) dat het na de opname terug naar huis komt.
- Bekijk samen met uw kind de informatiebrochure "**Augustientje moet naar het ziekenhuis**", ook online te vinden via de website www.anesthesie-augustinus.be of via google.
- Samen een boekje lezen vooraf:
 - +2 jaar: "Nijntje in het ziekenhuis" (Dick Bruna Mercis), "Karel in het ziekenhuis" (Liesbet Slegers), "De wereld van Hopla - het ziekenhuis" (Bert Smet)
 - + 4 jaar: "De operatie van kleine olifant" (José Boone), "Lucas en de slaapdokter" (S. Boone en B. Vangehuchten)

Wanneer afbellen?

- als uw kind een besmettelijke ziekte heeft (vb. windpokken)
 - als uw kind koorts $\geq 38.5^\circ$ heeft
 - als uw kind recent (< 2 weken) verkouden is geweest met hoesten
 - als uw kind kortademig is
- Bij twijfel kunt u telefonisch contact opnemen.

Nuchter blijven:

Om een veilige narcose te kunnen geven dient uw kind nuchter te zijn. Dat betekent dat het voldoende lang niet mag eten of drinken. Lees aandachtig de richtlijnen op pagina 4. Leg ook uit aan uw kind dat dat belangrijk is om de kans op buikpijn en braken na de operatie te verkleinen.

Bij de narcose:

Een ouder mag het kind begeleiden in de operatiezaal tot het in slaap is gevallen. Daarop kan een uitzondering gemaakt worden bv. bij dringende ingrepen, volgens de keuze van de anesthesist.

Er zijn twee manieren om een kind onder narcose te brengen: met een prikje of met een maskertje. Dat hangt af van de leeftijd van het kind, dringendheid van de ingreep en voorkeur van het kind en de anesthesist.

Normale verschijnselen tijdens het dieper in slaap vallen zijn: starende ogen, wegdraaien van de ogen, opspannen van armen en benen, woelige bewegingen. Dat kan een vreemde indruk maken maar u hoeft daarover niet ongerust te zijn, het zijn normale verschijnselen.

Een verpleegkundige begeleidt u mee naar de wachtplaats zodra uw kind diep genoeg slaapt.

Na de narcose:

Uw kind wordt opgevolgd op de ontwaakzaal tot het goed wakker is en aangeeft geen pijn te hebben of misselijk te zijn.

Soms ontwaken kinderen erg onrustig uit de narcose. Zij zijn zich daar zelf niet van bewust maar het kan voor u wel een moeilijk moment zijn omdat uw kind moeilijk te troosten is.

Meestal wordt tijdens de narcose een infuus geplaatst. Dat blijft na de ingreep nog enkele uren ter plaatse, afhankelijk van de ingreep en soort verdoving.

6. Wat zijn de mogelijke risico's en bijwerkingen?

Volgende niet-limitatieve lijst van risico's en bijwerkingen kunnen optreden bij een anesthesie.

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 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 dat 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 medicijnen.

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 luchtweg te beveiligen. De maagsonde die bij sommige operaties wordt geplaatst, kan ook irritatie in de keel veroorzaken. Het probleem verdwijnt meestal spontaan na twee of drie dagen.

3. Beschadiging van het gebit

Af en toe gebeurt het dat één of meerdere tanden (of de lippen) 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 buisje moeizaam kan verlopen. Als daarenboven de tanden slecht verzorgd zijn, is het te verwachten dat het gebit te lijden heeft.

4. Spier- en rugpijn

Spier- en rugpijn worden 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 daarvan op de hoogte zodat men aangepaste maatregelen kan nemen (bv. een extra kussen onder de hals, rug of onder de knieën).

5. 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.

6. Geheugen- en concentratiestoornissen, vermoeidheid, duizeligheid

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 en is men nog een tijdje onder invloed van de anesthesiemedicatie. Dat 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. Daarom is het niet toegelaten om bij een ingreep in dagopname het ziekenhuis zonder begeleiding te verlaten, en om de eerste 24 uur na de ingreep een auto, bromfiets of fiets te besturen of machines te bedienen. Er is iemand thuis bij u aanwezig de eerste 24 uur na de ingreep, u nuttigt geen alcohol en u ondertekent geen belangrijke documenten (van juridische aard).

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 zekere tijd spontaan herstelt.

7. 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 harde tafel. Zenuwbeschadiging kan ook optreden bij een regionale verdoving. Meestal verdwijnen de klachten spontaan na twee à drie 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, vermelden dat best tijdens het preoperatief overleg met de anesthesist.

8. Bloeding of infectie van een prikplaats

Wanneer u geprikt wordt bestaat er altijd een risico op bloeding of infectie. De kans op bloeding is groter wanneer u bloedverdunners neemt of een stoornis hebt van de bloedstolling. De kans op infectie is groter wanneer uw immuunsysteem onderdrukt is door ziekte of medicatie. De nodige maatregelen van steriliteit worden uiteraard genomen om dat te trachten voorkomen.

9. 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 rechtop kan 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 voor hoofdpijn kan zorgen.

10. Problemen om te plassen

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

11. 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. De slaap, het verlies van het bewustzijn dus, is maar één component van de anesthesie zelf. Daarnaast krijgt de patiënt ook pijnstillers. Dat tegelijk ook de pijnverdoving 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.

12. Zeldzame verwikkelingen:

Zeer zeldzame verwikkelingen na een anesthesie zijn: hart- en ademhalingsproblemen, oogschade, zenuwbeschade, hersenschade en overlijden.

Het risico dat men overlijdt ten gevolge van de anesthesie is uiterst klein. 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 eventuele complicaties die zich tijdens de operatie voordoen. Hoe gezonder de patiënt voor de operatie is, hoe minder kans op problemen nadien.

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 te worden dat patiënten alsnog ouder worden en vaak grote gezondheidsproblemen hebben, dat veel ingrijpendere 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.

7. Wie is de anesthesist?

Na een zevenjarige opleiding in de geneeskunde moet de geneesheerspecialist-in-opleiding zich gedurende vijf jaar specialiseren in de anesthesie en zijn deelgebieden (bv. reanimatie, 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

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 medicijn in het lichaam werkt en eruit verdwijnt) dagelijks toepast in situaties die snelheid (seconden) en flexibiliteit in aanpak vereisen.

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