AZ Sint-Elisabeth

BROCHURE

ANESTHESIE

Wat is anesthesie?

Inhoud

Voorwoord	3
Wat is anesthesie?	4
Voorbereiding op de operatie	4
Tijdens de operatie	7
Na de operatie	11
Pijnbehandeling	11
Mogelijke risico's en bijwerkingen van anesthesie	14
Kostprijs	18
Toestemming	19
Nuttige contacten	19

Voorwoord

Het behandelend team informeert je onder meer over de soort anesthesie, de voor- en nadelen van anesthesie en de voorwaarden en de gemaakte afspraken voor en na anesthesie.

Deze informatiebrochure geeft je meer uitleg over de anesthesie, het verloop voor, tijdens en na de ingreep en de mogelijke risico's en bijwerkingen van de anesthesie.

Heb je als patiënt nog vragen over de anesthesie, dan kan je hiervoor steeds de anesthesist consulteren. Dit kan gebeuren op de dag van de operatie, voor je in de operatiezaal bent. Anderzijds kan je ook een preoperatief consult plannen via de preopnamebalie op het nummer 09 364 84 08. Het secretariaat is bereikbaar van maandag tot vrijdag tussen 8u30 en 12u30 en tussen 13u30 en 16u15.

We wensen je alvast een spoedig herstel.
Dienst Anesthesie

Ontdek ons team via de QR-code:

Wat is anesthesie?

Anesthesie is de verzamelnaam van alle soorten verdoving voor operaties. Het betekent letterlijk “gevoelloosheid”.

De anesthesist is een arts-specialist: na een zesjarige opleiding tot arts heeft hij/zij een minstens vijf jaar durende specialisatie gevolgd in de anesthesie en zijn deelgebieden (urgentiegeneeskunde, intensieve geneeskunde, behandeling van chronische pijn).

Een anesthesist doet tijdens je ingreep echter veel meer dan alleen je pijn onder controle houden of je in een kunstmatige slaap brengen. Tijdens de volledige ingreep waakt de anesthesist erover dat de vitale functies van je lichaam stabiel en beschermd blijven, o.a.

- het zuurstofgehalte in je bloed
- je bloeddruk
- je hartslag
- je ademhaling

Op deze manier kunnen de collegachirurgen of andere artsen je ingreep of het geplande onderzoek in alle rust en in voor jou veilige omstandigheden uitvoeren.

Gedurende de hele operatie sta je onder continue medische controle. De anesthesist grijpt onmiddellijk in wanneer dat nodig zou zijn.

Voorbereiding op de operatie

De dagen voor de operatie

Om je op een goede en veilige manier doorheen het operatiegebeuren te loodsen moet de anesthesist goed weten in welke conditie je verkeert.

Daarom vragen we je om voor je operatie langs te gaan bij de preopnamebalie in het ziekenhuis of bij de huisarts en vooraf een vragenlijst in te vullen.

Geef het zeker aan wanneer je:

- Overgevoelig bent voor bepaalde stoffen
- Problemen hebt ervaren bij vorige ingrepen
- Een bepaalde ziekte of afwijking hebt
- Medicatie neemt
- Bepaalde info zeker wil doorgeven aan de anesthesist

Neem je medicatie voor diabetes (suikerziekte) of om gewicht te verliezen, van het type GLP-1 agonisten (bijvoorbeeld Ozempic, Mounjaro of Rybelsus)? Deze medicatie zorgt ervoor dat je maag trager leeg raakt. Onderzoek toont aan dat je daardoor soms toch niet volledig nuchter bent, ook al heb je de nuchterheidsregels gevolgd.

Daarom gelden de volgende richtlijnen:

- Rybelsus: stop hiermee 1 dag vóór het onderzoek (dus niet innemen op de dag van het onderzoek zelf).
- Ozempic of Mounjaro als diabetesmedicatie: zorg dat er minstens 1 week zit tussen je laatste dosis en het onderzoek.
- Ozempic of Mounjaro voor gewichtsverlies: zorg dat er minstens 2 weken zitten tussen je laatste dosis en het onderzoek.

Heb je deze medicatie per ongeluk toch genomen of toegediend? Meld dit dan zeker aan je anesthesist, zodat hiermee rekening kan worden gehouden.

Uitgaande van je medisch dossier en eventuele technische onderzoeken (bloedanalyse, ECG, radiografieën), het type ingreep dat je moet ondergaan, en waar mogelijk rekening houdend met jouw wensen, bepaalt je anesthesist de voor jou optimale anesthesiestrategie.

Wanneer het nodig is kan de anesthesist premedicatie voorschrijven om het angstgevoel te verminderen voor de anesthesie en de ingreep.

De dag van de operatie

- **Nuchter blijven:**
  - Voorkomt braken en reflux van maagzuur in de longen
  - Laatste lichte maaltijd (bv. boterham met confituur) 6 uur voor opname
  - Tot 2 uur voor opname mag je maximaal 2 glazen water drinken
- **Rookstop:**
  - Stop minstens 4 weken vooraf om complicaties te verminderen
- **Persoonlijke verzorging:**
  - Verwijder sieraden, zoals ringen en armbanden, en ook je bril en gebitsprothese
  - Draag geen make-up, nagellak, bodylotion, juwelen of piercings
- **CPAP-toestel (slaapapneu):**
  - Gebruik je een CPAP-toestel (slaapmasker)? Breng dit dan zeker mee naar het ziekenhuis en neem het ook mee naar de operatiekamer.
  - We gebruiken je CPAP-toestel meteen na de operatie, en soms zelfs al tijdens de ingreep. Door de verdoving en pijnmedicatie kan je namelijk meer ademhalingsstops (apneu) hebben dan normaal.
- **Identiteitscontrole:**
  - Je identiteit, ingreep en operatiekant worden meermaals gecontroleerd om fouten te voorkomen.
- **Voorbereiding op anesthesie:**
  - Indien nodig, krijg je medicatie om rustiger te worden.
- **Verloop voor de operatie:**
  - De verpleegkundige/logistiek medewerker brengt je in bed naar de voorbereidingsruimte.
  - Hier wordt een infuus geplaatst en indien nodig steunkousen aangedaan.
  - Vervolgens word je naar de operatiezaal gebracht.

Tijdens de operatie

In de praktijk bestaan er verschillende vormen van anesthesie. Bij algemene narcose wordt de patiënt volledig “in slaap” gebracht, terwijl bij regionale anesthesietechnieken slechts een bepaald deel van het lichaam “verdoofd” wordt. In het eerste geval wordt de pijnprikkel aangepakt ter hoogte van de hersenen. Bij regionale anesthesie wordt verhinderd dat de pijnprikkel de hersenen kan bereiken.

De algemene anesthesie

Via het infuus spuit de anesthesist de narcosemiddelen in. Je valt binnen een halve minuut in een diepe slaap. Om de ademhaling tijdens de anesthesie te kunnen controleren brengen we, voordat de operatie begint, een plastic buisje in de keel. Je merkt daar niets van, want je bent dan onder narcose.

De anesthesist bewaakt en bestuurt tijdens de operatie de functies van je lichaam. Dankzij de bewakingsapparatuur kunnen we precies vaststellen hoe je lichaam op de operatie reageert. We sturen dan de ademhaling en de bloedsomloop zo nodig bij en dienen medicijnen toe om de narcose te onderhouden.

Locoregionale anesthesie

Bij locoregionale anesthesie maken we alleen het te opereren lichaamsdeel of de te opereren regio gevoelloos. Locoregionale anesthesie heeft als voordeel dat je langere tijd pijnstilling hebt. Hierdoor moet je minder andere pijnstillers innemen. Er is tevens minder misselijkheid en sufheid aanwezig waardoor je sneller kan beginnen eten en drinken en sneller op ontslag kan.

Naargelang je specifieke situatie en geplande ingreep zijn er verschillende mogelijkheden. We lichten een aantal opties hieronder in detail toe. De anesthesist bekijkt samen met jou of één van deze technieken in jouw geval geschikt is voor de ingreep.

- Locoregionale anesthesie als enige vorm van verdoving tijdens een operatie is mogelijk: je bent dan wakker tijdens de operatie, maar je voelt door de verdoving geen pijn.
- Vaak verkiezen patiënten om de operatie toch niet heel bewust mee te maken. Dat doen ze omwille van schrik, de oncomfortabele houding en/of de lange duurtijd van de operatie. Daarom kunnen we een locoregionale verdoving combineren met een sedatie, ofwel een roesje met lichte slaapmedicatie. Hierdoor voel je je comfortabel en ontspannen tijdens de ingreep.
- Daarnaast beschikt de dienst Anesthesie ook over andere technieken om je te helpen ontspannen: je hebt de mogelijkheid om tijdens de ingreep via een hoofdtelefoon muziek te beluisteren of gebruik te maken van een virtual reality bril.

Verschillende mogelijkheden van locoregionale anesthesie

Een ruggenprik

Een ruggenprik noemen we ook wel “epidurale” of “spinale” verdoving. Hierbij onderbreekt de anesthesist met een bijzonder fijne naald de volledige zenuwbundel die naar de benen en/of de buik loopt en dit ter hoogte van het ruggenmerg. Deze techniek gebruikt de anesthesist bij bijvoorbeeld een kijkoperatie van de knie, maar ook bij een keizersnede wordt de buik op deze manier verdoofd. Indien nodig laat de anesthesist een fijn buisje (“een kathetertje”) achter om ook in de uren en dagen na de operatie nog lokale verdoving te kunnen toedienen.

Een zenuwblok

Een zenuwblokkade, ook wel “zenuwblock” genoemd, is een vorm van verdoving waarbij een specifieke zenuw tijdelijk wordt uitgeschakeld. Hierdoor wordt een bepaald deel van het lichaam gevoelloos, wat de pijn tijdens en na een ingreep aanzienlijk vermindert. De anesthesist bepaalt, afhankelijk van de geplande ingreep, welke zenuwblokkade het meest geschikt is. Niet elke ingreep komt hiervoor in aanmerking.

Voor het plaatsen van een zenuwblokkade lokaliseert de anesthesist eerst de betrokken zenuw(en) met behulp van echografie. Al het materiaal wordt steriel klaargelegd. Vervolgens wordt de huid ontsmet en afgedekt met een steriele doek om infecties te voorkomen.

Daarna verdooft de anesthesist de huid met een fijn naaldje. Dit kan kort een branderig of prikkelend gevoel geven, maar dit verdwijnt snel. Door deze eerste verdoving voel je de tweede, iets dikkere naald nauwelijks of niet. Deze naald wordt vaak aangesloten op een zenuwstimulator, die helpt om de verdovende medicatie nauwkeurig en veilig in de buurt van de zenuw toe te dienen zonder deze te beschadigen.

Tijdens de procedure kan je soms lichte, pijnloze elektrische prikkels of korte spiersamentrekkingen ervaren. Dit is normaal en helpt de anesthesist om de juiste positie te bevestigen.

In sommige gevallen wordt na het inspuiten van de verdoving een dun slangetje (katheter) achtergelaten nabij de zenuw. Via deze katheter kan na de operatie een pijnpomp worden aangesloten, wat zorgt voor een langdurige en continue pijnstilling.

- **Polsblock** = verdoving van de zenuwen in de onderarm
  - Voor welk gebied? Pols, hand en vingers
  - Wanneer gebruikt? Bij bepaalde operaties aan hand, vingers of pols
- **Axillair block** = verdoving van de zenuwen in de oksel
  - Voor welk gebied? Onderarm, pols en hand
  - Wanneer gebruikt? Bij bepaalde operaties aan hand, pols of onderarm
- **Interscaleen block** = verdoving van de zenuwen in de hals die naar de schouder lopen
  - Voor welk gebied? Schouder en bovenarm
  - Wanneer gebruikt? Bij bepaalde schouderoperaties
- **Popliteaal block** = verdoving van de zenuwen t.h.v. de knieholte
  - Voor welk gebied? Onderbeen, enkel en voet
  - Wanneer gebruikt? Bij operaties aan voet of enkel

- **Adductor canal block** = verdoving van een zenuw aan de binnenzijde van het bovenbeen
  - Voor welk gebied? Voorzijde van de knie
  - Wanneer gebruikt? Vooral bij knieoperaties (bv. knieprothese), met behoud van spierkracht om sneller te kunnen stappen
- **PENG block (Pericapsular Nerve Group block)** = gerichte verdoving van de zenuwen rond het heupgewricht
  - Voor welk gebied? Heup
  - Wanneer gebruikt? Bij heupfracturen of heupoperaties, vaak voor pijnstilling vóór of na de ingreep

Een “Biers block”

Een Biers block is een locoregionale verdovingstechniek voor kortdurende handchirurgie, zoals een carpaal tunneloperatie.

- We plaatsen een infuusnaald in de te opereren arm en één in de andere arm. Vervolgens brengen we een knelband aan en verplaatsen het bloed uit de arm via een zwachtel. Via de infuusnaald dienen we daarna het verdovingsmiddel toe.
- Na circa tien minuten is de arm volledig gevoelloos. Na de ingreep laten we de knelband los, waarna het bloed terugstroomt en de verdoving binnen een kwartier uitwerkt.

Algemene of regionale anesthesie?

De keuze tussen algemene en locoregionale anesthesie hangt af van verschillende factoren. Een combinatie van beiden is mogelijk. Je eigen wensen zijn uiteraard van belang, maar ook het type ingreep en je algemene conditie alsook eventueel bepaalde aandoeningen die je hebt, bepalen mee de keuze.

Na de operatie

Afhankelijk van verschillende factoren, zoals je leeftijd, lichaamsgewicht en de invloed van de anesthesie op je organen, zal de verdoving geleidelijk uitwerken. Zodra de anesthesist beslist dat het veilig is, word je naar de recovery gebracht, waar je wordt opgevolgd tijdens het ontwaken.

Pijnbehandeling

Pijn is een waarschuwingssignaal van je lichaam om je ervan bewust te maken dat er ergens in het lichaam iets mis loopt of gebeurt. Pijn heeft dus een beschermende functie: het voorkomt dat je jezelf meer kwetst. Na een operatie kan deze beschermende functie echter ook nadelig werken.

Enkele voorbeelden:

- Na een buikoperatie adem je door de pijn minder diep en hoest je zo weinig mogelijk. Hierdoor neem je minder zuurstof op, hoest je de slijmen minder op en loop je het risico om een longontsteking te krijgen.
- Door de pijn na de operatie beweeg je soms ook minder. Daardoor vorm je makkelijker bloedklonters met mogelijk een flebitis (ontsteking van de aders) tot gevolg. Indien die bloedklonters loskomen en naar de longen schieten (longembolen), kan dat levensgevaarlijk zijn.
- Door de effecten die de pijn heeft op het lichaam, stijgt ook de bloeddruk en versnelt de pols. Dat is dan weer zeer nadelig bij patiënten met hart- of bloedvatziekten.

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

Verschillende vormen van pijnbehandeling

Pilletjes, bruistabletten

Dit zijn de alom gekende pijnstillers (b.v. Dafalgan®, Brufen®, ...) die we gebruiken voor alle vormen van pijn. Het duurt minstens een half uur voordat ze beginnen te werken en je moet ze met de regelmaat van de klok innemen. Deze pijnstillers dienen we meestal toe als de patiënt in staat is om te eten en te drinken en geen last heeft van misselijkheid of braken. Sommige van deze geneesmiddelen bestaan ook in inspuitbare vorm en kunnen we al tijdens en onmiddellijk na de operatie toedienen.

Inspuitingen en medicatie via het infuus

Sommige geneesmiddelen dienen we via een inspuiting toe, hetzij via het infuus (katheter in een ader = intraveneus) of via de bilspier (intramusculair).

Wanneer de toediening via het infuus gebeurt, komt de medicatie onmiddellijk in de bloedbaan terecht en zal deze vrijwel meteen beginnen te werken.

Bij een intramusculaire injectie kan het een twintigtal minuten duren voor het medicijn begint te werken. Sommige krachtige pijnstillers (opiaten of morfineachtige producten) geven soms aanleiding tot misselijkheid of braken.

Continue toediening van medicatie

Een andere mogelijkheid is dat we de patiënt continu via het infuus of via de katheter, die geplaatst werd voor de regionale pijnverdoving, een bepaalde hoeveelheid pijnmedicatie toedienen.

Patiënt gecontroleerde pijnstilling (PCA) = “de pijnpomp”

Bij patiënt gecontroleerde pijnstilling, kortweg PCA, dienen we de pijnmedicatie toe via een pomp. Dit is de zogenaamde “pijnpomp”. Deze pomp dient ofwel medicatie toe via een infuus in een ader (= de intraveneuze pijnpomp) ofwel via een katheter naar de epidurale ruimte rondom het ruggenmerg (= de epidurale pijnpomp) of rond een grote zenuw (= de perifere regionale pijnpomp).

De “pijnpomp” is een computertje dat de anesthesist per patiënt persoonlijk programmeert. Bij de programmering houdt de anesthesist rekening met de leeftijd, het gewicht en de eventuele ziekten van de patiënt.
Het grote voordeel bij deze vorm van pijnbestrijding is dat de patiënt in grote mate zelf bepaalt hoeveel pijnstillers hij krijgt toegediend. Door een eenvoudige druk op de knop door de patiënt dient het toestel een vooraf ingestelde dosis pijnstillers toe. De patiënt hoeft niet bang te zijn dat hij “te veel” krijgt. Hij kan zo vaak hij wil op de knop drukken, maar het toestel dient nooit meer dan de ingestelde hoeveelheid per keer en per uur toe. Na het drukken op de knop duurt het ongeveer een tiental minuten voor de pijnstiller begint te werken.

Een ander voordeel van dit systeem is dat de patiënt niet steeds de verpleegkundige hoeft te verwittigen wanneer hij (meer) pijn krijgt.

Daardoor hangt de patiënt niet meer af van de verpleegkundigen en bepaalt hij in grote mate zelf zijn graad van pijnverdoving. Eénmaal per dag komt de anesthesist of de pijnverpleegkundige langs om de goede werking van de pomp en de efficiëntie van de pijnstilling te evalueren. Indien nodig kunnen de instellingen van de pijnpomp bij dit bezoek aangepast worden.
Voor ingrepen via het Chirurgisch Dagziekenhuis gebruiken we soms ook ‘elastomeerpompen’.
Dit is een ballonvormig medicatiereservoir dat gedurende 24 tot 48 uur op continue wijze medicatie vrijgeeft rondom de zenuw, via een door de anesthesist geplaatst kathetertje. Je krijgt bij ontslag de nodige infobrochure met richtlijnen hoe en wanneer de thuisverpleegkundige of huisarts het kathetertje kan verwijderen. Je hoeft hiervoor dus niet naar het ziekenhuis te komen.

Mogelijke risico's en bijwerkingen van anesthesie

Algemeen kunnen we 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 vóór de operatie is, hoe minder kans op problemen nadien. Welke problemen zich ook voordoen, welke vragen je als patiënt ook hebt over de operatie en de anesthesie, aarzel niet de anesthesist om advies te vragen.

De Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie (BVAR) schuift onderstaande lijst van mogelijke complicaties naar voren.

Misselijkheid en braken

Verschillende factoren kunnen misselijkheid en braken veroorzaken. Ze zijn niet altijd te wijten aan de anesthesie. 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.

Dankzij verbeterde medicatie en anesthesietechnieken is het risico op misselijkheid en braken de laatste jaren sterk verminderd.

Als je uit vroegere ervaringen weet dat je makkelijk last hebt van misselijkheid en braken na een operatie, meld je dit best tijdig aan de anesthesist. Hij geeft dan tijdens de operatie al de gepaste medicatie om het probleem te helpen voorkomen.

Keelpijn en heesheid

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

Schade aan tanden, lippen of tong

Tijdens of na een ingreep kan er uitzonderlijk schade ontstaan aan je tanden, lippen of tong. (Dit komt voor bij ongeveer 1 op de 1 000 verdovingen.)
Dit kan gebeuren wanneer je tijdens het ontwaken onbewust hard op je tanden bijt, of tijdens het plaatsen van een beademingsbuis. Het risico is iets groter als het plaatsen van de beademingsbuis moeilijk verloopt, bijvoorbeeld bij grote snijtanden, een kleine mondopening, een kleine onderkaak of een stijve nek. Ook een slecht onderhouden gebit, loszittende tanden of een tandbrug verhogen het risico. Breng de anesthesist daarom vóór de operatie zeker op de hoogte als één van deze situaties op jou van toepassing is.

Spier- en rugpijn

Lange tijd bewegingsloos in een oncomfortabele houding op de operatietafel liggen, veroorzaakt spier- en rugpijn. Patiënten die regelmatig last hebben van rug- en/of nekpijn brengen best de anesthesist of de verpleegkundigen in de operatiezaal hiervan op de hoogte zodat zij aangepaste maatregelen kunnen nemen (bv. een extra kussen onder de hals, rug of knieën).

Geheugen- en concentratiestoornissen, vermoeidheid

Niet alleen de anesthesie, maar ook de operatie zelf en de uitgelokte stressreactie kunnen concentratiestoornissen en vermoeidheid veroorzaken. Na een operatie heeft het lichaam tijd nodig om zich te herstellen. Het is dan ook normaal dat je je niet onmiddellijk fit voelt.

Na de operatie ben je nog een tijdje onder invloed van de anesthesiemedicatie. Dit heeft tot gevolg dat je je de eerste minuten tot zelfs enkele uren na de operatie nog wat suf voelt en je niets herinnert 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/nacht ritme 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.

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 pijnverdoving deficiënt zou zijn, is weinig waarschijnlijk.

Bovendien bekijk je "wakker worden" ook beter omzichtig. 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 je misschien achteraf kan interpreteren als "een periode van wakker zijn en meebeleven van wat er gebeurde".

Na de operatie ontwaak je op de operatietafel. We leggen je in je bed en brengen jou naar de ontwaakzaal, waar je pas echt helemaal wakker wordt. Je 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 zeer, zeer klein dat je wakker wordt tijdens een operatie. 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.

Hoofdpijn

Na een ruggenprik (bij spinale en epidurale anesthesie) kunnen patiënten last hebben van ernstige hoofdpijn. De hoofdpijn vermindert meestal na enkele uren en kan je behandelen met pijnstillers. Heel af en toe is de hoofdpijn zo uitgesproken dat de patiënt niet rechtop kan zitten. Hoofdpijn kan ook optreden bij patiënten die roken of veel koffie, thee of cola drinken. Door het feit dat je nuchter moet blijven, is de hoofdpijn mogelijks een soort teken van ontwenning. Het nuchter zijn kan ook leiden tot een laag suikergehalte in het bloed wat ook hoofdpijn kan veroorzaken.

Problemen om te wateren

Na een spinale of epidurale verdoving bestaat vooral bij mannen het risico dat ze tijdelijk wat moeilijker wateren. Vrouwen kunnen tijdelijk last hebben van spontaan urineverlies. Soms is het dan ook nodig dat we een blaassonde plaatsen om het probleem op te lossen.

Allergische reacties op medicatie

Het is belangrijk dat je de anesthesist voor de operatie op de hoogte brengt van gekende allergieën bij jezelf en je 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 herkennen en te behandelen.

Zenuwbeschadiging

Zenuwbeschadiging met verlamming of gevoelsstoornissen tot gevolg treedt uiterst zelden op (1/10000 patiënten). 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 twee à drie maanden.

Overlijden

Het risico dat je overlijdt ten gevolge van 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. 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 komt dat patiënten alsmaar ouder worden, vaak grote gezondheidsproblemen hebben en dat veel ingrijpendere operaties kunnen worden uitgevoerd. Dit alles gebeurt nu met steeds minder risico. De moderne anesthesie helpt nu miljoenen mensen die vroeger geen schijn van kans zouden gehad hebben.

Kostprijs

De tarieven van de anesthesie en de terugbetaling ervan worden geregeld via een overeenkomst met het RIZIV en worden mede bepaald door de aard van de ingreep zelf.

Wanneer je verblijft in een éénpersoonskamer, kunnen bijkomende ereloonsupplementen aangerekend worden.

Toestemming

Voor je een verdoving krijgt, vragen we je om schriftelijk toestemming te geven via de invulbundel. In deze brochure vind je alle informatie over de verschillende vormen van anesthesie, mogelijke risico's en wat je kunt verwachten.
Heb je nog vragen na het lezen? Bespreek ze dan gerust met je behandelend arts of anesthesist. Jouw veiligheid en comfort staan centraal.

Nuttige contacten

Indien je meer informatie wenst of vragen hebt over je opname, kan je contact opnemen via onderstaande gegevens.

Preopnamebalie
09 364 84 08
Route 11

Algemeen nummer AZ Sint-Elisabeth Zottegem
09 364 81 11

Spoedgevallendienst
09 364 85 55

Aanvullende informatie op **www.sezz.be**.

Notities

AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

Godveerdegemstraat 69 9620 Zottegem

T 09 364 81 11 | info@sezz.be | www.sezz.be

0418.558.166 | RPR Gent, afd. Oudenaarde

Deze informatiebrochure is indicatief en vervangt de raadpleging bij je arts niet. Mocht deze informatiebrochure vergissingen of onvolledigheden bevatten, dan zijn de medewerkers en artsen hiervoor niet aansprakelijk.

AZ Sint-Elisabeth

Lid van E17 ziekenhuis netwerk

doc402/2026/v9