

## De positie van de BVAR t.a.v. premedicatie

L. HERREGODS, L. BARVAIS, J.F. BRICHANT, F. CAMU, S. DE HERT M. DE KOCK, Ph. DUBOIS, P. EWALENKO, M. LAMY, E. MORTIER, E. VANDERMEERSCH, K. VERMEYEN, P. WOUTERS

De Belgische Vereniging voor Anesthesie en Reanimatie steunt de houding van het Kenniscentrum bij haar rationele benadering van de vraag naar aanvullend preoperatief onderzoek.

Het ligt voor de hand dat, nu de kosten van de gezondheidszorg toenemen en de middelen beperkt zijn, een verantwoordelijk arts zich aansluit bij deze politiek.

Niettemin wenst de Belgische Vereniging hierbij te wijzen op het specifiek karakter van het preoperatief onderzoek door een geneesheer-specialist in de anesthesiologie.

Dit onderzoek bestaat immers uit :

- 1) Een risico-evaluatie en het opmaken van de planning van het anesthesiebeleid en de perioperatieve zorg

Op basis van anamnese, klinisch onderzoek en bestanddelen uit het dossier, evalueert de anesthesist het risico waaraan de patiënt wordt blootgesteld door omstandigheden eigen aan de te ondergane ingreep. Op basis hiervan wordt een narcoseplanning gemaakt d.w.z. de keuze van de soort anesthesie die meest geschikt is voor de patiënt en de aard van de chirurgie, te voorziene toezicht-middelen of monitoring (conventionele, transoesophageale echocardiografie, ... monitoring voor saturatie van cerebrale zuurstoftoevoer), en alle andere noodzakelijke maatregelen ter handhaving van de hemostase van de patiënt (bestelling van bloedproducten, middelen om temperatuurverlies te vermijden, enz.. ).

Ofschoon enkel de anesthesist bevoegd is om de narcoseplanning op te stellen (volgens safety first een absoluut noodzakelijke vereiste voor goed in praktijk brengen van anesthesie-reanimatie), is het zeker niet uitgesloten dat een collega, huisarts, internist, cardioloog of pneumoloog van te voren de bestanddelen van het medisch dossier zou verzamelen. Deze kan echter in geen geval de plaats innemen van de anesthesist voor de evaluatie van het specifieke risico en de uitwerking van een narcoseplanning. Omgekeerd kan de anesthesist voor een patiënt bij wie een ingreep gepland is,

maar waarbij een gezondheidsprobleem wordt vermoed dat niet of onvoldoende uitgewerkt is, de collega huisarts, internist, cardioloog of pneumoloog niet vervangen bij de oppuntstelling van de diagnose.

- 2) Informatie verstrekken

De preoperatieve raadpleging heeft eveneens tot doel de patiënt en/of zijn omgeving, indien nodig, in te lichten over welke anesthesietechniek in zijn bepaald geval zal toegepast worden en de reden waarom voor die techniek wordt geselecteerd.

In overeenstemming met de wet op het patiëntenrecht en rekening houdend met de complexiteit van de materie anesthesie-reanimatie is het niet ideaal die informatie te verstrekken aan de vooravond van de chirurgische ingreep, a fortiori als het gaat om ambulante chirurgie. Om die reden voorzien een aantal anesthesiediensten in België in een vooraf geplande anesthesieraadpleging waardoor de patiënt en de anesthesist met elkaar kunnen kennis maken in een serene context. Bovendien heeft de patiënt die de operatie moet ondergaan hierdoor de kans om, indien nodig, een tweede advies in te winnen over zijn narcose

Voorts is het algemeen geweten dat bij de bevolking de narcose één van de hoofdbronnen van angst en stress is in de preoperatieve periode. Enkel doelmatige informatie verstrekt door een beroeps-specialist zal bij de patiënt een relatieve rust teweegbrengen die hem in staat zal stellen de operatie en de gevolgen ervan beter te verdragen.

- 3) Een preventieve factor

De huidige evolutie van de specialisatie in anesthesie-reanimatie toont duidelijk aan dat de functie van de anesthesist zich niet beperkt tot 'het in slaap brengen' van patiënten. Ze omvat het globaal op zich nemen van de zorg voor de patiënt tijdens de hele peri-operatieve periode. Alhoewel in dit opzicht de rol van de anesthesist in de post-operatieve periode (perfusies, pijnbehandeling...) best gekend is, ziet men een duidelijke evolutie in diens preoperatieve verantwoordelijkheid.

Inderdaad, wanneer men er de recente literatuurgegevens op naslaat, blijkt dat hetdoeltreffend gebruik van *cardiovasculaire* en cholesterolverlagende medicatie tijdens de dagen die onmiddellijk aan de chirurgische ingreep voorafgaan, een beschermende werking op de hartspierfunctie heeft en de cardiovasculaire sterfte tot lang na de chirurgische ingreep gunstig beïnvloedt.

Zo ook, is het erg aannemelijk dat vooraf toegediende medicatie welke het optreden van

hyperalgesie tegengaat of de inachtneming van specifieke preoperatieve regimes, het optreden van hevige en aanhoudende postoperatieve pijn (bij 8 à 11 % van alle chirurgische ingrepen), welke voor patiënt en maatschappij steeds minder worden aanvaard, positief zou kunnen beïnvloeden.

Het spreekt voor zich dat de geneesheerspecialist in anesthesie en reanimatie best geplaatst is om te bepalen welke patiënten meest baat hebben bij deze preventieve aanpak.