

Operatie en narcose geven geen speciale problemen bij mensen met het syndroom van Sjögren als naast de normale maatregelen aan een paar extra punten aandacht wordt besteed.

Algemene beoordeling van het operatierisico

De eerste stap bestaat uit het beoordelen van het algemene risico bij de operatie, net als bij mensen die verder gezond zijn. De pre-operatieve beoordeling van gezonde personen omvat:

- een vragenlijst (tabel 14.1); onderzoek heeft aangetoond dat een volledige anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumtesten geen meerwaarde hebben bij personen die alle vragen met "nee" hebben beantwoord.¹
- vragen over lichamelijke inspanning: als men twee blokken gelijkvloers kan lopen of twee tassen levensmiddelen in één keer de trap kan opdragen zonder klachten is in het algemeen het risico op ernstige complicaties na de operatie klein⁴

Tabel 14.1 Vragenlijst voor vóór de operatie^{1,3}

1. Voelt u zich niet gezond?
2. Hebt u ooit een ernstige ziekte gehad?
3. Wordt u sneller kortademig bij inspanning dan andere mensen van uw leeftijd?
4. Hoest u?
5. Hebt u last van een piepende ademhaling?
6. Krijgt u pijn op de borst bij inspanning (angina type) ?
7. Hebt u last van gezwollen enkels?
8. Hebt u de laatste 3 maanden geneesmiddelen of overmatig alcohol gebruikt?
9. Hebt u een allergie?
10. Hebt u de laatste 2 maanden een narcose gehad?
11. Hebt u of een bloedverwant problemen gehad bij een eerdere narcose?
12. Is er een ernstige afwijking gezien vanaf het "voeteneinde van het bed" die de narcose kan beïnvloeden?
13. Wanneer was de laatste menstruatie?

Tabel 14.2 Advies voor het maken van een routine ECG^{2,3}

Maak een ECG bij:

- mannen ouder dan 45 jaar
- vrouwen ouder dan 55 jaar
- bekende hartziekte
- verdenking op een hartziekte bij klinische beoordeling
- patiënten met risico op electrolytenafwijkingen, zoals bij gebruik van diuretica
- systeemziekten met mogelijk niet-herkende hartziekte, zoals diabetes mellitus en hypertensie
- patiënten die grote operaties ondergaan

- bloeddruk en pols
- anamnese en lichamelijk onderzoek bij:
 - abnormale bloeddruk of pols
 - personen boven de 60 jaar
 - grote operaties
- zwangerschapstest voor vrouwen die zwanger kunnen zijn
- hematocriet bij:
 - grote operaties met mogelijk veel bloedverlies
 - iedereen van 65 jaar of ouder
- serumkreatinine bij:
 - grote operaties
 - risico op lage bloeddruk
 - toepassing van geneesmiddelen die schadelijk kunnen zijn voor de nieren
 - iedereen ouder dan 50 jaar
- advies over ECG zoals vermeld in tabel 14.2 tenzij er in de afgelopen maand al een is gemaakt
- x-thorax (longfoto) bij patiënten ouder dan 50 jaar die een grote operatie krijgen, of bij verdenking op hart- of longziekte tenzij er al een is gemaakt in het laatste half jaar
- andere onderzoeken alleen als de klinische beoordeling verdacht is voor een ziekte

Voor gedetailleerde professionele informatie en de achtergrond van de beoordeling van het algemene risico bij operaties, wordt sterk aanbevolen het uitstekende hoofdstuk te lezen van Smetana in UpToDate.³

Bloedstolling en NSAID's

NSAID's verminderen de ontsteking door het remmen van het enzym cyclo-oxygenase-2 (cox-2). De oude NSAID's remmen ook cyclo-oxygenase-1 (cox-1) en dit is de oorzaak van hun schadelijke effecten op het maagslijmvlies en de werking van bloedplaatjes (zie hoofdstuk 5).

Het effect op cox-1 ontstaat via de remming van tromboxaan A₂. Het gevolg is remming van de trombocytenaggregatie (klonteren van bloedplaatjes). Trombocytenaggregatie is nodig voor de bloedstolling. Aspirine heeft van alle NSAID's het sterkste effect op tromboxaan A₂ in bloedplaatjes omdat de binding aan cox-1 permanent is. Alleen nieuwe bloedplaatjes die zijn gemaakt zonder dat men aspirine gebruikte, werken weer normaal. Bij andere NSAID's is na stoppen de binding

aan cox-1 drie dagen later weer verdwenen. Bloedplaatjes worden voortdurend vervangen en hebben een levensduur van 7-10 dagen.

Er zijn twee effecten van NSAID's op de bloedstolling.

1. bloedverlies bij verwondingen

Door de remming van de trombocytenaggregatie kunnen ze leiden tot meer bloedverlies bij verwondingen zoals een operatie.

2. kans op trombose

Alle NSAID's met uitzondering van naproxen geven een verhoogde kans op trombose. Deze kans is groter naarmate de dosis van het NSAID hoger is. Bij mensen met een tweede oorzaak van een verhoogde kans op trombose wordt de kans daarop veel groter. Er bestaan vele - vaak aangeboren - afwijkingen die een verhoogde kans op trombose

geven. Verder veroorzaken bv. roken, overgewicht, een operatie en orale anticonceptie ("de pil") een verhoogd risico op trombose.

Ontstekingsremmers die niet cox-1 remmen hoeven niet te worden gestopt voor de operatie omdat ze niet meer bloedverlies bij de operatie veroorzaken. Dit geldt bv. voor hydroxychloroquine (Plaquenil[®]), corticosteroiden, colchicine en de nieuwere selectieve cox-2 remmers (zie hoofdstuk 5, tabel 5.1). Toch is het beter de selectieve cox-2 remmers een paar dagen voor de operatie te stoppen omdat ze de kans op trombose verhogen, iets wat de operatie zelf ook al doet. Plaquenil daarentegen vermindert de kans op trombose, maar niet zo goed als injecties met heparine rond de operatie zodat die gewoon moeten doorgaan.

Aanvullende maatregelen bij het syndroom van Sjögren**Vóór de ziekenhuisopname**

Medicijnen die de bloedstolling beïnvloeden, bv. ontstekingsremmers zoals aspirine en NSAID's (bv. diclofenac, ibuprofen, naproxen), moeten gewoonlijk 6 (aspirine) of 3 dagen (NSAID's) voor de operatie worden gestopt. Voor veel operaties is het niet meer nodig om de *lage dosering* (100 mg, vooral gebruikt na een hart- of herseninfarct) van aspirine te stoppen tenzij er een groot risico is op bloedingen na de operatie (lever- en prostaatoperaties) bestaat. Zie ook het kader.

Bij dagelijks gebruik van corticosteroiden moet men daarmee doorgaan, ook op de dag van de operatie. De chirurg en anesthesist moeten dit weten omdat bij algehele narcose de dosering van de corticosteroiden op de dag van de operatie en een paar dagen daarna moet worden verhoogd (zgn. "stress-schema").

Bij opname in het ziekenhuis

Het is aan te raden om alle medicijnen die u gebruikt mee te nemen naar het ziekenhuis. Dit geldt in het bijzonder voor kunsttranen, kunstspeeksel en

huidcrèmes. U bent er dan zeker van dat u niet een paar dagen zonder deze hulpmiddelen zit als de ziekenhuisapotheek ze niet direct kan verstrekken.

De dag van de operatie

Spreek met de anesthesist af dat uw ogen tijdens de operatie regelmatig worden ingedruppeld om beschadiging door droogte te voorkómen. Bespreek ook om u bij de voorbereiding voor de operatie zo mogelijk geen atropine-achtige geneesmiddelen te geven. Dit is bij Sjögrenpatiënten niet nodig en zou ernstige droogteklachten kunnen geven na de operatie.

Als de operatie met epidurale anesthesie ("ruggeprik") kan worden gedaan, verdient dit aanbeveling. De anesthesist maakt gewoonlijk wel een voorbehoud om algehele anesthesie te geven als dit tijdens de operatie nodig mocht zijn. Laat daarom de anesthesist altijd weten dat u het syndroom van Sjögren hebt.

Hydroxychloroquine (Plaquenil[®])
Hydroxychloroquine (Plaquenil[®]) kan bij een operatie worden doorgebruikt. Het moet alleen worden overgeslagen als men niet mag eten en drinken voor de operatie.

Na de operatie

Als antibiotica nodig zijn na de operatie, is er een verhoogde kans om een schimmelinfectie van de mond te krijgen. Dit geeft gewoonlijk klachten van een branderige mond en kapotte mondhoeken.

Myasthenia gravis

Patiënten met myasthenia gravis moeten dit bespreken met de anesthesist vòòr de operatie omdat sommige middelen die bij de anesthesie worden gebruikt, schadelijk zijn bij myasthenia gravis. Zie ook hoofdstuk 15.

Literatuur

1. Wilson ME, Williams MB, Baskett PJ, *et al.* Assessment of fitness for surgical procedures and the variability of anaesthetists' judgments. *Br Med J* 1980;1:509-12.
2. Goldberger AL, O'Konski M. Utility of the routine electrocardiogram before surgery and on general hospital admission. *Ann Intern Med* 1986;105:552-7.
3. Smetana GW. Preoperative medical evaluation of the healthy patient. UpToDate Version 16.3 (<http://www.utdol.com>)
4. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, *et al.* ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *J Am Coll Cardiol* 2007;50:e159-241. PMID:17950140