



# Uw anesthesie voor de Keizersnede

Ongeveer een op de vijf baby's wordt geboren met de Keizersnede. Twee derde van die keizersneden zijn onverwacht. Daarom kan het nuttig zijn om dit boekje te lezen, ook al verwacht u niet dat u de keizersnede moet ondergaan.



## **Een baby krijgen: een onvergetelijke ervaring**

(Having a baby is an unforgettable experience)

Een keizersnede kan evenveel voldoening schenken als een normale bevalling, maar mocht een keizersnede onverhoopt noodzakelijk zijn dan hoeft dit voor u of voor anderen geen teleurstelling te zijn. Het belangrijkste is de veiligheid van u en uw baby, en een keizersnede kan de beste manier zijn om dit te garanderen.

Voor een keizersnede zijn er verschillende soorten anesthesie mogelijk. In deze brochure wordt uitgelegd wat er tijdens de narcose gebeurt. U kunt de verschillende soorten anesthesie ook met uw anesthesioloog bespreken. Een obstetrisch-anesthesioloog is de arts die gespecialiseerd is om zwangere vrouwen onder narcose te brengen.

Het kan zijn dat de keizersnede met u van tevoren is afgesproken – dit wordt een electieve keizersnede genoemd. Misschien heeft de gynaecoloog (de arts die samen met de verloskundigen voor zwangere vrouwen zorgt en die de bevalling begeleidt) u aanbevolen om voor een keizersnede te kiezen omdat

men denkt dat er problemen kunnen ontstaan bij een normale bevalling. Bijvoorbeeld als uw baby in de laatste fase van de zwangerschap verkeerd ligt.

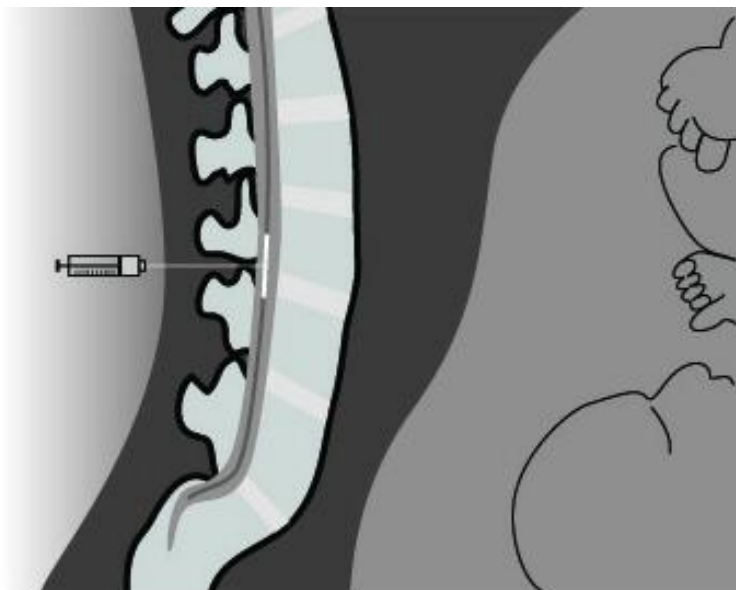
In een enkel geval kan de gynaecoloog met spoed een keizersnee aanbevelen, meestal als u al aan het bevallen bent. Dit wordt een spoedkeizersnede genoemd. Deze aanbeveling wordt gedaan als de bevalling te traag verloopt of omdat de toestand van de baby achteruit gaat, of een combinatie van beide. Uw gynaecoloog zal met u bespreken waarom men vindt dat u een keizersnede moet ondergaan, en zal eerst uw toestemming vragen voor de operatie.

### **Soorten anesthesie:** (Types of anaesthetic)

Er zijn twee belangrijke soorten anesthesie: U blijft wakker (een lokale anesthesie) of u wordt in slaap gebracht (een algehele anesthesie). Als u een keizersnede moet ondergaan krijgt u meestal een lokale anesthesie. U blijft dus wakker, maar u voelt niets meer in het onderlichaam. Dit is meestal veiliger voor u en voor de baby, en u kunt samen met uw partner de geboorte meemaken.

### **Er zijn drie soorten lokale anesthesie:** (There are three types of regional anaesthesia)

**1 Spinaal** – dit is de meest gebruikelijke methode en kan worden toegepast voor geplande of spoedkeizersneden. De zenuwen die het gevoel vanuit het onderlichaam kunnen transporteren lopen door een 'zak' met vloeistof binnen in het ruggenmerg. De anesthesioloog injecteert een verdovingsmiddel met een zeer dunne naald in deze vloeistofzak. Deze methode werkt snel en er is maar een kleine dosis verdovingsmiddel voor nodig.



**2 Epiduraal** – een dun plastic buisje of katheter wordt vlak naast de zenuwen in de wervelkolom geplaatst en het middel dat de zenuwen moet verdoven kan zo nodig door het buisje worden aangevoerd. Een epidurale verdoving wordt vaak toegepast om bevallingspijn te behandelen. Daarbij wordt een zwakke concentratie voor plaatselijke verdoving gebruikt. Mocht een keizersnede bij u noodzakelijk zijn dan kan de anesthesioloog de epidurale verdoving aanvullen met een sterkere concentratie van het verdovingsmiddel. Voor een epidurale anesthesie is een hogere dosis plaatselijk verdovingsmiddel nodig dan voor een spinale anesthesie, en het duurt ook langer voor het werkt.

**3 Gecombineerde spinale-epidurale anesthesie** – een combinatie van de twee, ook wel CSE genoemd. Met de spinale anesthesie bent u sneller verdoofd voor de keizersnede. De epidurale anesthesie kan worden gebruikt om zo nodig meer verdovingsmiddel toe te dienen en om na de operatie pijnbestrijdingsmiddelen toe te dienen.

**Algehele anesthesie** – bij een algehele anesthesie slaapt u als de gynaecoloog de keizersnede uitvoert. Tegenwoordig wordt een algehele anesthesie minder vaak gebruikt. Soms is het in bepaalde spoedsituaties noodzakelijk of als er een reden is waarom lokale anesthesie voor u niet geschikt is, of als u liever slaapt.

De voor- en nadelen van de soorten anesthesie worden verder in dit boekje beschreven. Maar allereerst is het nuttig te weten wat er gebeurt als er een keizersnede gepland is en er voor de operatie al een datum is afgesproken.

## **Electieve (geplande) keizersneden** (Elective (planned) Caesarean sections)

### **Onderzoek**

Meestal hebt u het ziekenhuis al bezocht voordat u wordt opgenomen voor uw operatie. Vóór de operatie komt de verpleegkundige naar u kijken en zal wat bloed voor onderzoek afnemen en uitleggen wat u kunt verwachten. Na dit onderzoek gaan de meeste vrouwen naar huis en komen op de dag van de operatie weer terug naar het ziekenhuis, maar misschien moet u de nacht ervoor al worden opgenomen. De verpleegkundige kan u tabletten geven om het maagzuur te verminderen en zo misselijkheid te voorkomen. Eén tablet dient u de nacht daarvoor in te nemen en één 's morgens op de dag van de operatie. Dit zal u op de afdeling door de verpleegkundige worden uitgelegd.

### **Het bezoek van de anesthesioloog**

Voordat de keizersnede wordt uitgevoerd komt de anesthesioloog nog even bij u kijken. De anesthesioloog zal met u uw medische voorgeschiedenis bespreken en vragen of u in het verleden al eens een anesthesie hebt gehad. Het kan zijn dat u nog onderzocht moet worden of dat andere onderzoeken nodig zijn. De anesthesioloog zal met u ook de verschillende soorten anesthesie bespreken die u misschien moet hebben en zal uw vragen beantwoorden.



### **Op de dag zelf**

De verloskundige zal de tijd van de operatie bevestigen en controleren of u de tabletten hebt ingenomen. Het kan zijn dat de bikinilijn wordt geschoren. U krijgt een naambandje om uw pols of enkel. Het kan zijn dat de verloskundige u helpt met het aantrekken van speciale strakke kousen (de zgn. TED-kousen) om stolselvorming in de benen te voorkomen. U krijgt ook operatiekleding aan. Als u met uw geboortepartner bent kan die met u en de verloskundige mee naar de operatiekamer. Hij/zij krijgt van een verloskundige ook speciale kleding voor de operatiekamer.

Er werken veel mensen in de operatiekamer:

- een verpleegkundige om te helpen bij de verzorging van u en uw baby;
  - de anesthesioloog met een assistent;
  - de gynaecoloog met een assistent en een o.k.-verpleegkundige;
  - nog een andere verpleegkundige die verantwoordelijk is voor het aanreiken van extra instrumenten.
- Er zijn dus minstens zeven medewerkers in de operatiekamer.

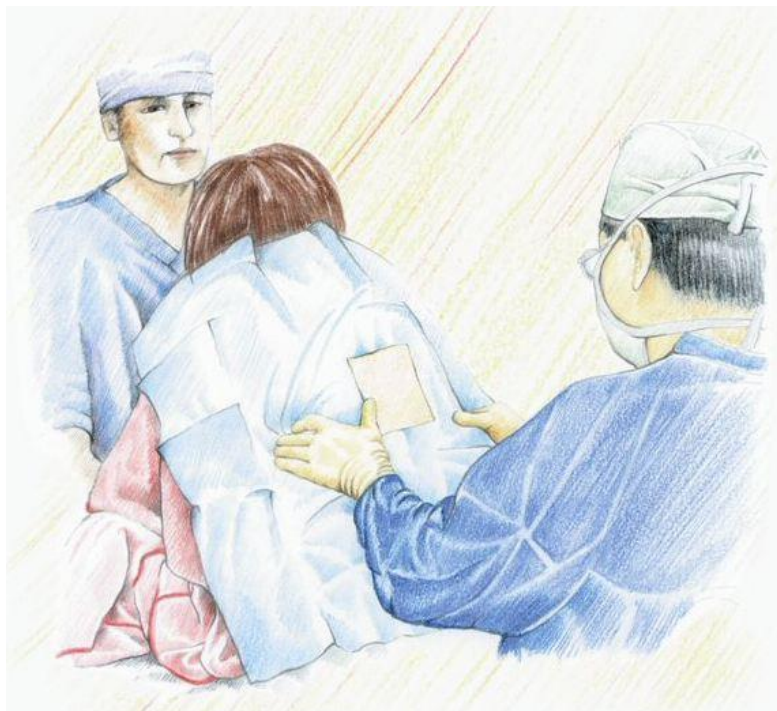
In de operatiekamer worden instrumenten aan u bevestigd om de bloeddruk, de hartslag en de hoeveelheid zuurstof in uw bloed te meten, maar dat doet geen pijn. De anesthesioloog zal een infuus (een dun plastic buisje) in de ader van de hand of arm aanbrengen en een infuus plaatsen om vloeistof toe te dienen. Daarna zal de anesthesioloog beginnen met de anesthesie.

### **Een lokale anesthesie** (Having a regional anaesthetic)

Als u een lokale anesthesie krijgt kan uw geboortepartner bij u op de operatiekamer blijven. Er zal aan hem/haar gevraagd worden om te gaan zitten en om bepaalde gedeeltes van die ruimte te vermijden om het risico van verontreiniging van de steriele operatie-instrumenten te voorkomen. (Als u een algehele anesthesie krijgt wordt aan uw geboortepartner gevraagd om in een andere kamer te wachten.)

Er wordt u gevraagd te gaan zitten of op de zij te gaan liggen met gekromde rug. De anesthesioloog wrijft uw rug in met een steriliserende oplossing en dat voelt koud aan. Dan wordt een geschikt punt gezocht in het midden van het lagere ruggedeelte en wordt een kleine plaatselijke verdovingsinjectie gegeven om de huid gevoelloos te maken. Dit kan soms even prikken.

Daarna wordt er voor spinale anesthesie een dunne naald in de rug gestoken. Soms wordt in een been een tintelend gevoel of een elektrische schok waargenomen als de naald wordt ingebracht.



Als dit gebeurt zegt u dit dan tegen de anesthesioloog, het is wel belangrijk dat u niet beweegt als de ruggenprik wordt geplaatst. Als de naald in de juiste positie is wordt de lokale anesthesie en het pijnstillende middel ingespoten en de naald verwijderd. Meestal duurt het maar een paar minuten, maar als het moeilijk is de juiste plek voor de naald te vinden kan het wat langer duren.

Voor een epidurale (of een gecombineerde spinale-epidurale) anesthesie gebruikt de anesthesioloog een grotere naald zodat er een epidurale katheter (buisje) in de ruimte vlak naast de zenuwen in de wervelkolom kan worden ingebracht. Net als bij de spinale anesthesie kan dit soms een tintelend gevoel of een lichte elektrische schok in uw been veroorzaken. Het is belangrijk om niet te bewegen tijdens het zetten van de epidurale prik, maar als de katheter eenmaal op zijn plaats zit wordt de naald verwijderd en hoeft u niet langer stil te zitten.

U weet wanneer de spinale of epidurale verdoving werkt als uw benen zwaar en warm aan beginnen te voelen. Soms kunnen uw benen ook gaan tintelen. De verdoving zal zich geleidelijk door uw lichaam verspreiden. Voor de operatie begint zal de anesthesioloog controleren of de verdoving het midden van de borst heeft bereikt. Soms is het noodzakelijk om uw ligging te veranderen om er zeker van te zijn dat de verdoving goed werkt. Het operatieteam zal regelmatig uw bloeddruk opnemen.

Terwijl de verdoving begint te werken zal een verpleegkundige een slangetje (urinecatheter) inbrengen in de blaas om die gedurende de operatie leeg te houden. Daar zult u geen last van hebben. Het slangetje blijft daar tot de volgende ochtend dus u hoeft zich geen zorgen te maken om het plassen.

U zult voor de operatie op de rug worden gelegd met een lichte kanteling naar links. Als u zich op enig moment misselijk voelt dan is het belangrijk om dit tegen de anesthesioloog te zeggen. Een misselijk gevoel wordt vaak veroorzaakt door een daling in de bloeddruk. De anesthesioloog zal u iets geven om dat te verhelpen.

Het kan zijn dat u tot de baby is geboren zuurstof toegediend krijgt via een doorzichtig plastic maskertje om er zeker van te zijn dat de baby voor de geboorte genoeg zuurstof heeft.

## **De operatie** (The operation)

Er wordt een scherm geplaatst om u en uw geboortepartner van de rest van de operatiekamer en uw onderlichaam af te scheiden. De anesthesioloog blijft de gehele tijd bij u. Wellicht hoort u dat er op de achtergrond allerlei voorbereidingen worden getroffen. Dat is omdat de gynaecoloog in de operatiekamer een team van verlos- en verpleegkundigen achter zich heeft staan.

Meestal wordt de snede net onder de bikinilijn gemaakt. Als de operatie eenmaal aan de gang is kunt u het geluid horen van instrumenten en het wegzuigen van het vruchtwater, de vloeistof dat de baby omgeeft. Het kan zijn dat u trekken voelt, en wat druk, maar u zult geen pijn voelen. Sommige vrouwen hebben het omschreven als een gevoel 'alsof iemand in mijn buik de afwas doet'. Terwijl de operatie in volle gang is zal de anesthesioloog met u praten en kan u zo nodig meer pijnbestrijding geven. Het kan zijn dat zij u een algehele anesthesie geven, maar dit is ongebruikelijk.

Gerekend vanaf het begin van de operatie duurt het ongeveer 10 minuten tot de baby is geboren. De verpleegkundige zal uw baby direct na de geboorte afwrijven en onderzoeken.

Het kan zijn dat de kinderarts dit samen met de verpleegkundige doet. Daarna kunnen u en uw partner de baby knuffelen en in sommige gevallen de baby bloot tegen uw lichaam aanvoelen.



Na de geboorte wordt Syntocinon in het infuus gedaan, een medicijn om de uterus (baarmoeder) te laten samentrekken en om de nageboorte uit te drijven. Er wordt ook een antibioticum aan het infuus toegevoegd om risico op wondinfectie te verkleinen. De gynaecoloog zal daarna nog een half uur nodig hebben om de operatie af te ronden. Misschien wordt een zetpil (tablet) rectaal toegediend om de pijn te verzachten als de verdoving is uitgewerkt.



### **Als de operatie voorbij is (When the operation is over)**

Na de operatie wordt u naar de uitslaapkamer gebracht waar uw bloeddruk constant wordt gecontroleerd. Meestal zijn uw geboortepartner en uw baby bij u. De baby wordt gewogen en dan kunt u, als u dat wilt, beginnen met borstvoeding. Op de uitslaapkamer zal de verdoving langzamerhand uitwerken en misschien krijgt u een tintelend en jeukend gevoel. Binnen een paar uur kunt u uw benen weer bewegen.

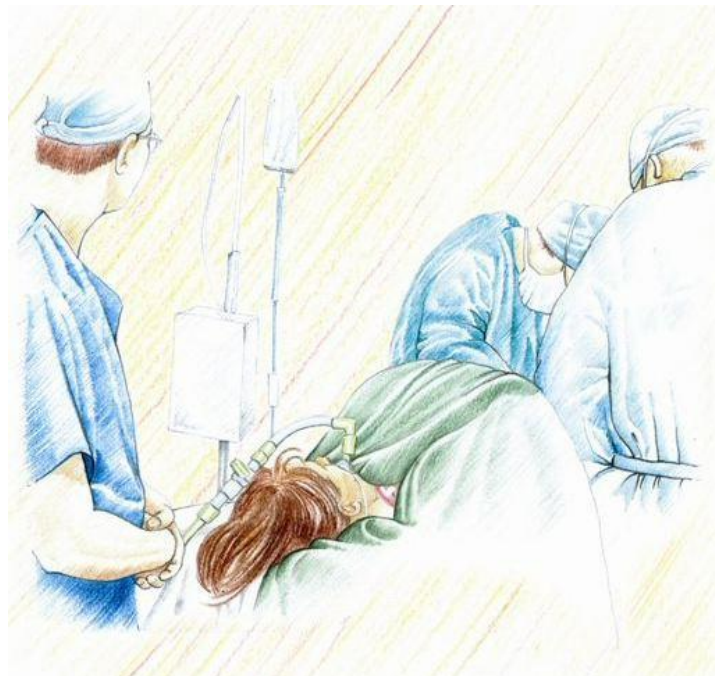
De pijnverzachtende middelen die via de ruggenprik zijn toegediend zullen de pijn nog een paar uur verzachten. Het is raadzaam om reguliere pijnstillers te nemen als de verpleegkundigen of doctoren dit aanbieden; dat is beter dan wachten tot u veel pijn hebt. De medicijnen die zij geven zullen ook bij borstvoeding geen invloed op uw baby hebben.

### **Een algehele anesthesie** (Having a general anaesthetic)

Dit zijn enkele redenen waarom u een algehele anesthesie nodig mocht hebben.

- Als u bepaalde aandoeningen hebt waardoor het bloed niet goed kan stollen is het beter om geen lokale anesthesie te krijgen.
- Als plotseling een keizersnede nodig blijkt is er soms niet voldoende tijd om te wachten tot de lokale anesthesie werkt.
- Afwijkingen aan de rug kunnen een lokale anesthesie moeilijk of onmogelijk maken.
- Heel soms kan de ruggenprik niet op de juiste plek worden gezet, of werkt niet goed.

De voorbereidingen voor de algehele anesthesie zijn meestal gelijk aan die voor een lokale anesthesie, maar uw partner zal niet bij u in de operatiekamer kunnen blijven. U krijgt een antacidum te drinken (om het zuur in uw maag te verminderen) en een verpleegkundige zal misschien een katheter inbrengen in uw blaas voordat de algehele anesthesie zich heeft ingezet. De anesthesioloog geeft u zuurstof die u een paar minuten moet inademen via een masker op uw gezicht. Wanneer de gynaecoloog en het operatieteam klaar zijn spuit de anesthesioloog het slaapmiddel in het infuus om u te laten slapen. Vlak voordat u gaat slapen zal de assistent van de anesthesioloog licht op uw hals drukken om te voorkomen dat maagsappen in uw longen komen. Het slaapmiddel werkt zeer snel.



Als u eenmaal slaapt zal de anesthesioloog een buisje in de luchtpijp plaatsen om te voorkomen dat vloeistof vanuit de maag in de longen komt, en om een machine uw ademhaling te laten overnemen. De anesthesioloog zal het verdovingsmiddel blijven toedienen om u slapend te houden zodat de gynaecoloog uw kindje veilig kan halen. Maar u zult daar niets van merken.

Als u wakker wordt kan uw keel vervelend aanvoelen vanwege het buisje, en u zult pijn van de operatie voelen. Wellicht voelt u zich ook slaperig, en misschien ook nog een poosje misselijk, maar dat gaat snel over. U wordt overgebracht naar de uitslaapkamer waar u bij uw baby en uw geboortepartner kan zijn.

## **Een spoedkeizersnede (Emergency Caesarean section)**

Een spoedoperatie is een operatie die niet binnen een dag of twee gepland is. De mate van spoed kan heel verschillend zijn. Een operatie die minder urgent is kan op bijna dezelfde manier worden uitgevoerd als een geplande operatie, ofschoon er slechts tijd is voor hooguit één tablet antacidum vóór de operatie. Soms is het echter zo dat de operatie heel snel uitgevoerd moeten worden. Dat kan binnen een uur na de beslissing zijn of - maar dat komt zelden voor - zo snel mogelijk. De meest voorkomende reden voor een zeer urgente keizersnede is dat er zich bij uw baby plotseling een probleem voordoet (ook 'foetale nood' genoemd).

Als bij u een zeer urgente keizersnede noodzakelijk is, is er een verandering in de voorbereidingen die gewoonlijk worden uitgevoerd, of worden de voorbereidingen zelfs achterwege gelaten. Als er nog geen infuus (een dun plastic buisje) is geplaatst wordt die nu aangebracht in een ader van uw hand of arm. Om het zuur in uw maag te reduceren geeft het team u misschien liever een antacidum via het infuus dan in tabletvorm. U krijgt misschien ook zuurstof toegediend dat via een strak maskertje wordt ingeademd.

Als u een epidurale verdoving is gegeven om de pijn tijdens de bevalling te verzachten en die werkt goed, dan kan de anesthesioloog proberen u via die weg voldoende verdovingsmiddelen toe te dienen om de spoedkeizersnede te ondergaan. Er wordt u een flinke dosis sterke lokale verdovingsmiddelen gegeven zodat de pijnblokkade sterk genoeg is voor de operatie. De anesthesioloog zal moeten beslissen of er voldoende tijd is om een epidurale verdoving aan te vullen of, als u die niet hebt gekregen of als die onvoldoende pijnverzachting geeft, om u spinaal te verdoven. Als er geen tijd is om een lokale anesthesie uit te voeren, of als er te weinig tijd is om de verdoving goed te laten werken dan krijgt u een algehele anesthesie. Als u de anesthesioloog hebt gezegd dat u liever lokaal verdoofd wil worden dan is voor de meeste vrouwen de kans op een algehele anesthesie voor een keizersnede klein. Slechts één van de tien keizersneden is zeer dringend. Soms, als er veel haast bij is, zal het operatieteam geen tijd hebben om u en uw geboortepartner volledige uitleg te geven over wat er gaande is. Het kan ook zijn dat uw geboortepartner in de verloskamer moet wachten terwijl u de operatie ondergaat. Misschien maakt dat u bezorgd of boos. Bedenk echter dat het team u daarna altijd zal uitleggen wat er gebeurd is, en waarom.

## **Pijnbestrijding na de operatie (Pain relief after the operation)**

Er zijn verscheidene manieren om de pijn na de keizersnede te bestrijden.

- Via de ruggenprik kunt u medicijnen tegen de pijn krijgen die lang werken.
- In sommige ziekenhuizen laat het team de epidurale katheter op de plaats zitten om later meer medicatie toe te kunnen dienen.
- Aan het eind van de operatie kan een verpleegkundige u zetpillen geven die pijnstillende middelen bevatten.
- Een verpleegkundige kan u een injectie met morfine of een soortgelijke pijnbestrijder geven.
- Het team legt misschien een infuus bij u aan met morfine of een soortgelijk middel. De hoeveelheid pijnstilling kunt u zelf bepalen. Dit wordt ook wel PCA genoemd – patient-controlled analgesia.
- Een verpleegkundige zal u tabletten geven zoals diclofenac, paracetamol of codeïne.

## **Voordelen van een lokale anesthesie vergeleken met algehele anesthesie**

- Spinale of epidurale verdoving is meestal veiliger voor u en uw baby.
- Met een lokale anesthesie kunnen u en uw partner samen de geboorte meemaken.
- Nadien bent u niet slaperig.
- U kunt uw baby zo vroeg mogelijk voeden en vasthouden.



- Het geeft u daarna een goede pijnstilling.
- Uw baby zal alerter zijn als het geboren is.

### **Nadelen van een lokale anesthesie vergeleken met algehele anesthesie**

- Spinale en epidurale verdovingen kunnen de bloeddruk omlaag brengen, maar dit is eenvoudig te behandelen.
- Over het algemeen duurt het langer voor het werkt, dus duurt het ook langer dan een algehele anesthesie om u klaar te maken voor de operatie.
- Het kan u soms een beetje gammel gevoel geven.
- Heel soms komt het voor dat het niet goed werkt en dat het team u daarom een algehele anesthesie moet geven.
- Ongeveer vier van de 10 vrouwen die epiduraal worden verdoofd en twee van de 10 vrouwen die spinaal worden verdoofd krijgen een gevoelige plek in de rug waar de naald is ingebracht. Deze gevoelige plek kan weken of maanden duren, maar dit komt zelden voor.

Een baby krijgen met de keizersnede is veilig, en kan een bevredigende ervaring zijn. Veel vrouwen kiezen er voor om wakker te blijven tijdens de gebeurtenis. Vanwege bovengenoemde redenen kan het soms nodig zijn om in slaap te zijn. Wij hopen dat dit boekje er toe bijdraagt om u de beste keuze te laten maken als u denkt dat u een keizersnede nodig hebt.

De onderstaande tabel geeft de risico's van lokale verdoving weer. De informatie komt van de volgende boeken. De getallen die in de tabel zijn gegeven kunnen per ziekenhuis verschillen.

- Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995 – chapter 75, pages 522–526.
- Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 962–984.
- Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 1114–1118.
- Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 – chapter 14, pages 37–42.
- Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005 – chapter 14, pages 183–188.
- Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/ anesthesia. *Anesthesiology* 2006 – chapter 105, pages 394–399.

Landelijk onderzoek heeft uitgewezen dat lokale anesthesie toegepast op zwangere vrouwen een lager risico op blijvende schade met zich meebrengt dan voor andere groepen patiënten [Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 102: 179-190]

Meer informatie over anesthesie en de daarmee verbonden risico's kunt u krijgen van de Royal College of Anesthesists [www.youranaesthetic.info](http://www.youranaesthetic.info) of van de OAA: [www.oaaformothers.info](http://www.oaaformothers.info).

Meer informatie over het verzorgingsniveau voor de keizersnede kunt u vinden in het boek: Caesarean section: clinical guideline (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; in opdracht van de National Institute for Clinical Excellence. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Press, 2004).

### De risico's van een epidurale of spinale anesthesie om pijn bij de bevalling te verzachten

Soort risico	Bij hoeveel vrouwen komt dit voor?	Hoe vaak komt dit voor?
<b>Grote daling van de bloeddruk</b>	1 op de 5 vrouwen (spinaal) 1 op de 50 vrouwen (epiduraal)	Vaak Incidenteel
<b>Werkt niet goed genoeg voor een keizersnede; er is dus alsnog een algehele anesthesie nodig</b>	1 op de 20 vrouwen (epiduraal) 1 op de 100 vrouwen (spinaal)	Soms Incidenteel
<b>Hevige hoofdpijn</b>	1 op de 100 vrouwen (epiduraal) 1 op de 500 vrouwen (spinaal)	Niet vaak Niet vaak
<b>Zenuw schade (een verdoofde plek op been of voet, of een zwak been) De verschijnselen duren langer dan 6 maanden</b>	Tijdelijk: 1 op de 1000 vrouwen  Blijvend: 1 op de 13.000 vrouwen	Zelden  Zelden
<b>Epiduraal abces (infectie)</b>	1 op de 50.000 vrouwen	Zeer zelden
<b>Hersenvliesontsteking</b>	1 op de 100.000 vrouwen	Zeer zelden
<b>Epiduraal hematoom (bloedstolsel)</b>	1 op de 170.000 vrouwen	Zeer zelden
<b>Onvoorziene bewusteloosheid</b>	1 op de 5.000 vrouwen	Zelden
<b>Ernstig letsel, waaronder verlamming</b>	1 op de 250.000 vrouwen	Uitzonderlijk zeldzaam

- Uit gepubliceerde literatuur zijn geen exacte cijfers beschikbaar voor deze risico's. De cijfers zijn slechts schattingen en kunnen per ziekenhuis verschillen.

**De risico's van een algehele anesthesie**

<b>Soort risico</b>	<b>Bij hoeveel vrouwen komt dit voor?</b>	<b>Hoe vaak gebeurt dit?</b>
<b>Infectie in onderste luchtwegen</b>	1 op de 5 vrouwen	Vaak (is meestal niet ernstig)
<b>Zere keel</b>	1 op de 5 vrouwen	Vaak
<b>Misselijk</b>	1 op de 10 vrouwen	Vaak
<b>Problemen met de luchtwegen leiden tot lage bloed-zuurstofspiegels</b>	1 op de 300 vrouwen	Niet vaak
<b>Vloeistof komt vanuit de maag de longen binnen, en ernstige longontsteking</b>	1 op de 300 vrouwen	Niet vaak
<b>Hoornvliesschade</b> (krasje op het oog)	1 op de 600 vrouwen	Niet vaak
<b>Schade aan de tanden</b>	1 op de 4500 vrouwen	Zelden
<b>Bewustzijn</b> (een gedeelte van de tijd wakker zijn gedurende uw anesthesie)	1 op de 250 tot 1000 vrouwen	Zelden
<b>Anafylaxie</b> (een ernstige allergische reactie)	1 op de 10.000 tot 20.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
<b>Overlijden of hersenschade</b>	Overlijden: minder dan 1 op de 100.000 vrouwen  Hersenschade	Zeer zelden (1 of 2 per jaar in VK)  Zeer zelden (er zijn geen exacte cijfers)

Dit boekje is samengesteld door de Information for Mothers Subcommittee van de Obstetric Anesthesiologists' Association.

De subcommissie bestaat uit de volgende personen: Dr Rosie Jones (voorzitter); Charis Beynon (vertegenwoordiger van de National Childbirth Trust); Shaheen Chaudry (consumentenvertegenwoordiger); Dr Rachel Collis (anesthesioloog); Dr Rhona Hughes (vertegenwoordiger van de Royal College of Obstetrics and Gynaecologists); Gail Johnson (vertegenwoordiger van de Royal College of Midwives); Dr Michael Kinsella (anesthesioloog); Dr Makani Purva (anesthesioloog); Dr Ratnasabapathy Sashidharan (anesthesioloog).

Wij zouden ook graag Dr. Michael Wee (voormalig voorzitter, Information for Mothers Subcommittee), Dr. Roshan Fernando en Professor Felicity Reynolds willen bedanken voor hun werk aan de vorige editie.

- Wij hebben ook een boekje samengesteld voor moeders onder de naam **Pain Relief in Labour** en twee films op een dubbel DVD onder de naam **Coping with labour pain** en **Your anaesthetic for Caesarean section**.
- Beide boekjes zijn op onze website te vinden, alsmede een aantal vertalingen daarvan, waaronder Arabisch, Bengali, Kantonees, Kroatisch, Tsjechisch, Frans, Duits, Grieks, Gujarati, Hindi, IJslands, Italiaans, Japans, Mandarijn, Pools, Portugees, Panjabi, Roemeens, Russisch, Servisch, Somalisch, Spaans, Tamil, Turks, Urdu en het Welsh.

Extra exemplaren van beide boekjes (in verpakkingen van 50 of 750 exemplaren) en de dubbele DVD kunt u bestellen door het bestelformulier op [www.oaformothers.info](http://www.oaformothers.info) in te vullen

#### **OAA Secretariat**

Tel.: +44 (0)020 8741 1311

E-mail: [secretariat@oaa-anaes.ac.uk](mailto:secretariat@oaa-anaes.ac.uk)

Website: [www.oaformothers.info](http://www.oaformothers.info)

Geregistreerde Liefdadigheidsinstelling, nr. 1111382

© Obstetric Anesthetists' Association 2009

2<sup>nd</sup> edition October 2009

Tweede editie, oktober 2009