

NARCOSE VOOR EXTRACTIE, EEN NOODOPLOSSING?*)

L. D. J. REESER, *anesthesist te Den Haag.*

In de eerste jaren na de laatste oorlog is in tal van artikelen en vergaderingen gewezen op de nieuwe mogelijkheden die de algemene anesthesie biedt. De heelkunde kreeg mede door de anesthesie tal van nieuwe impulsen.

Ook voor de tandheelkunde was dit van belang en zo heeft collega KLEIN in 1950 over dit onderwerp gesproken, terwijl VAN DIJK in zijn openbare les over „Anaesthesie en tandheelkunde” ook aan de narcose veel aandacht heeft geschonken.

Wat kan wel de reden zijn om vijftien jaar later nogmaals hierover te spreken? Is de anesthesie in deze jaren essentieel gewijzigd?

Heel in het kort de ontwikkeling in het verleden nagaande is het goed te bedenken, dat PRIESTLEY in 1772 al het lachgas isoleerde en dat HUMPHREY DAVY in 1799 de werking ervan goed omschreef. Toch duurt het dan tot 1844-'45 vóór HORACE WELLS er de eerste demonstraties mee geeft. Door een aantal ongelukkige omstandigheden wordt het middel dan weer voor ongeveer 20 jaar (1868) verlaten en komen ether (MORTON), gevolgd door chloroform in zwang. De hele 19e eeuw wordt er dan verder gezocht naar het „ideale” narcoticum, langzamerhand ook naar combinaties van narcotica. In onze eeuw moet vooral herinnerd worden aan de introductie van het evipan (1932), waarmee de intraveneuze narcose haar intrede doet. Ook aan het werk van GUEDEL, die in 1934 via de hyperventilatie de „controlled respiration” ontwikkelde, die op haar beurt de stoot gaf tot de thorax-chirurgie. Voegt men daarbij de herontdekking van curare in 1943 (GRIFFITHS) dan heeft men een beeld van het arsenaal, waaruit in die jaren na de oorlog kon worden geput.

Wat is daar nu aan toe te voegen? Een nieuw inhalatie-narcoticum: fluothane; meerdere intraveneuze narcotica, waarvan het ultra-kort werkende methohexitone extra aandacht verdient, en de neurolept-analgesie die berust op de ontwikkeling van zeer specifieke pijnstillers. Onge-

*) Voordracht gehouden op de Voorjaarsvergadering der Ned. Ver. v. Tandartsen op 23 april 1965.

twijfeld zijn deze alle drie ook voor de tandheelkunde of beter gezegd, voor de anesthesie bij ingrepen in de mond, van groot belang.

Een zeer aanvaardbare gang van zaken is thans dat de tandheelkundige patiënten een kort of zeer kort werkend intraveneus narcoticum krijgen (thiopentone of methohexitone). Vervolgens wordt bij gebruik maken van een kort werkende spierverslapper (curalest) geïntubeerd – veelal nasaal – waarna een oppervlakkige narcose wordt onderhouden door middel van een mengsel van lachgas-zuurstof en fluothane. Met een tampon rond de endotracheaal-tube wordt de kans op aspiratie tot een minimum beperkt. Vervolgens kan dan min of meer onbeperkt iedere ingreep in de mond worden verricht.

Heeft deze ontwikkeling de aan de narcose verbonden risico's verminderd? Slechts zeer betrekkelijk. Het voornaamste gevaar is nog steeds de aspiratie. De snelle terugkeer der reflexen, geringer kans op misselijkheid en vooral ook een betere bekendheid met o.a. dit gevaar hebben zeer gunstig gewerkt. Maar er zijn ook gevaren bijgekomen. Herinnerd moge worden aan het veelvuldig en daardoor niet steeds onderkende gebruik van geneesmiddelen: cortisone preparaten, bloeddrukverlagende stoffen en toepassing van de anti-stollingstherapie.

Daarnaast blijven een aantal bezwaren: de patiënt klaagt vaak over wat keelpijn (tampon!); ook is hij bij de poliklinische behandeling toch een dag aan zijn beroepsarbeid onttrokken. Verder is er het toenemende risico dat de patiënt zich zó goed voelt dat hij zondigt tegen de gegeven voorschriften. Zo zijn er gevallen bekend dat patiënten kort na een algemene anesthesie weer aan het verkeer deelnamen hetgeen niet minder dan misdadig moet worden geacht.

De schadelijkheid van de toegepaste stoffen op zich zelf is bij goed gebruik uitermate gering. Ook de toxiciteit van het fluothane is zeker minimaal. Wèl zijn er argumenten om zo mogelijk het geven van kort op elkaar volgende narcoses aan eenzelfde patiënt te vermijden: de leverfunctie kan daaronder lijden.

De voornaamste voorwaarde om het risico zo gering mogelijk te doen zijn ligt bij de voorbereidingen die aan het geven van de narcose voorafgaan. In het bijzonder vragen de volgende punten de aandacht:

- a. Anamnese (o.a. naar de validiteit van de patiënt en zijn eventueel gebruik van geneesmiddelen).
- b. Onderzoek.

Een uitvoerig intern onderzoek is bij de valide patiënten niet nodig. Als minimaal moet worden beschouwd het meten van de bloeddruk, onder-

zoek van de urine op eiwit en reductie, zomede bij de geringste twijfel onderzoek van hart, longen en hemoglobine-gehalte.

- c. Goede voorlichting over de gang van zaken, het grote belang van tenminste vier uur vóór de narcose nuchter zijn en, mede door de verminderde toerekeningsvatbaarheid enz., de noodzaak van toezicht op de patiënt na afloop van de behandeling.
- d. Premedicatie.
Vooral atropine heeft – althans naar vrijwel algemeen nog wordt aangenomen – haar waarde behouden.

Ongemerkt zijn wij thans gekomen aan de beperkingen die de narcose met zich brengt. En zonder enige inleiding is de poliklinische behandeling daarbij centraal gesteld. Daartoe is echter een zekere selectie nodig.

In het algemeen kan men stellen, dat voor poliklinische behandeling in aanmerking komt elke patiënt met een gezond hart en goede longen, die bereid is (of gedwongen wordt) zich aan bepaalde voorschriften te onderwerpen en na de ingreep nog geruime tijd onder toezicht kan worden gehouden.

Wie selecteert nu de patiënten? Dat kan allereerst de huisarts zijn, maar ook de behandelende specialist of tandarts en in laatste instantie de anesthesist. Zijn er aanwijsbare extra risico's dan moet nader onderzoek en/of beraad volgen en veelal zal dan de behandeling alleen klinisch kunnen geschieden.

Naast de ontwikkeling van de anesthesie bestaat er echter ook de mogelijkheid dat de tandheekkundige zijde er toe leidt de problematiek van de combinatie van narcose en extractie opnieuw ter tafel te brengen. Dat er steeds tussen tandheekkunde en narcose nauwe banden waren is bekend. Toen in 1868 lachgas met succes gedemonstreerd werd in het Dental Hospital te Londen had COLTON zelf al 20.000 (!) gevallen behandeld. Merendeels betrof het zeer korte behandelingen, enkelvoudige extracties. Ook in ons land vonden deze plaats. Zo vermeldt HAMMES in zijn „Leerboek der Narcose” (1906; 3e druk 1917), dat een inleiding met lachgas-zuurstof van 110 seconden, gemiddeld 44 tijd laat voor de tandextractie.

Toch heeft de narcose hier te lande nooit die enorme vlucht genomen als in Engeland. Daar worden thans jaarlijks 3 miljoen tandheekkundige ingrepen onder narcose verricht, maar wellicht geraken daarvan wel 100.000 patiënten niet eens in bewusteloze toestand! Als duur van de ingreep wordt veelal opgegeven één tot vijf minuten; één statistiekje vermeldde als uitzondering één geval van 9 minuten! Het merendeel van deze

patiënten krijgt alleen intraveneus een narcoticum en wordt niet geïntubeerd.

In Nederland ligt dit momenteel – gelijk bekend – totaal anders. In hoeverre de tandarts – al of niet specialist – behoefte heeft aan algemene anesthesie zal nader blijken. Maar behalve de indicatie van de tandarts is er ook kans dat de *patiënt narcose wenst*.

KLEIN en VAN DIJK hebben dat beiden destijds ook gesignaleerd. Ongetwijfeld is dit een factor van betekenis. Niet alleen in de tandheelkunde. De angst voor een ingreep, de geestelijke stress en zelfs de kans, dat de patiënt een noodzakelijke behandeling ontloopt, moeten ons ernstig doen overwegen of aan zijn verzoek gevolg kan worden gegeven. In dit verband zij er op gewezen, dat tot voor kort vrijwel elke tonsillectomie onder lokaal anesthesie verricht werd, terwijl thans de narcose hierbij zeer algemeen wordt toegepast.

Hoogst merkwaardig is in verband hiermee de instelling van tandheelkundige patiënten ten opzichte van narcose. Terwijl operatie-patiënten zeer vaak tegen de narcose opzien – „ik word toch wel wakker? e.d.” – spreken eerstgenoemden er dikwijls uitermate lichtvaardig over. Bovendien is men vaak nog bereid bepaalde kwalen te verheimelijken om toch vooral geen weigering te riskeren. Klaarblijkelijk denkt men voor zijn gebit „slechts een beetje narcose” nodig te hebben, zodat dit „dus” geen kwaad kan.

Wie moeten aan die behoefte tegemoet komen?

Tandheelkundig: de algemene tandarts of de specialist? Daarop zal de visie van tandheelkundige zijde alweer het antwoord geven. De anesthesie: *niet* de tandarts. Ook hier is er een duidelijk verschil met Engeland. Het karakter van de ingrepen is specifiek en de nodige opleiding en ervaring ontbreken. Dus zal een anesthesist hierover moeten beslissen. Maar... deze kan (of wil) meestal niet, mede door het tekort aan anesthesisten.

Waar moet de ingreep worden verricht? De eisen, die aan de inrichting moeten worden gesteld, zal collega BOERING bespreken. We mogen wel op voorhand aannemen dat aan vrij hoge eisen zal moeten worden voldaan inzake de outillage, zeker ook van de kant van de anesthesie, zomede met betrekking tot de uitslaap-gelegenheid voor de patiënt.

Het probleem is dus als volgt: naast de min of meer gevestigde indicaties vraagt een groeiend aantal patiënten om narcose aan de tandartsen. Deze staan er zeer aarzelend tegenover, terwijl zich bovendien geen anesthesisten beschikbaar stellen om aan die vraag te voldoen.

Incidenteel kan dit probleem niet worden opgelost; wel kan hier en daar

een bepaalde patiënt geholpen worden: „in geval van nood is er wel een oplossing”.

Voor de operatieve mondheelkunde is er in het raam van de klinische heelkunde wèl algemene anesthesie beschikbaar. Daardoor dreigt echter het gevaar, dat de op zichzelf niet specialistische extractie om der wille van de narcose naar de specialist verwezen wordt. Dat wordt dan de noodoplossing! Terloops dient wel te worden opgemerkt dat het scheppen van de mogelijkheid om onder narcose te extraheren beslist ontoelaatbaar is als middel om de wervingskracht van een praktijk te vergroten.

Wil men dit probleem werkelijk oplossen dan zal de stichting moeten worden overwogen – mede vooruit lopende op de voordracht van collega BOERING – van:

Centra

waar de daaraan verbonden tandarts – indien hij geen specialist is – zo nodig de hulp van een specialist in kan roepen, zodat de extractie steeds tot een goed eind gebracht kan worden;

waar door goede accommodatie en geschoold hulppersoneel een hoge efficiency en betrouwbaarheid binnen bereik ligt van de anesthesist ten bate van de patiënt;

waar geselecteerd is en wordt, zodat een aantal patiënten niet, dan wel klinisch geholpen wordt (na vóórbehandeling, e.d.);

waar momenteel veelal de combinatie toegepast wordt van intraveneus barbituraat (methohexitone!), vervolgens lachgas-zuurstof-fluothane met een (nasale) intubatie + tampon-techniek;

waar gezocht kan worden naar wegen voor een verdere ontwikkeling.

Naar mijn vaste overtuiging zal er alleen dan voor de nood van veel tandheelkundige patiënten een aanvaardbare oplossing gevonden kunnen worden.

Duchattelstraat 17, Den Haag