

## ERAS Protocol Anesthesie bij laparoscopisch colon

Dr. H. Cooreman, anesthesie, versie februari 2023

### 1) Preoperatieve consultatie:

- a) Doel: Groen licht te geven voor definitieve 'inclusie' in ERAS
- b) Onderstaande criteria worden in principe gehanteerd
- c) Uitzonderingen zijn uiteraard steeds mogelijk
- d) Meegeven van (2x) preop drankje (Nutricia Preop):
  - i) één voor de avond voor de ingreep
  - ii) één voor de ochtend (6.00u) van de ingreep
- e) Preoperatief anxiolyticum: niet standaard, enkel op indicatie
- f) Geen darmvoorbereiding

INCLUSIE	EXCLUSIE
	Rectumchirurgie
Leeftijd $\geq$ 18 jaar	Dunne darm chirurgie
Geplande chirurgie colon <ul style="list-style-type: none"> <li>• hemicolectomie, links, rechts</li> <li>• totale colonresectie</li> <li>• subtotale colectomie</li> <li>• sigmoïdectomie</li> <li>• milthoekresectie</li> </ul>	Spoed ingrepen
Laparoscopische chirurgie	Laparotomie
Electieve chirurgie	Patiënten met neuro psychiatrische aandoeningen bv. Dementie
Patiënt heeft begrip van ERAS principe	Immobiële patiënt
	Stoma gepland

## 2) Preinductie:

- a) (Laagthoracale) Epidurale analgesie wordt niet standaard aanbevolen, enkel op indicatie ( patiënt met belangrijke pijnvoorgeschiedenis, onmogelijkheid om andere analgetica toe te dienen,...)
- b) Arteriële catheter en CVD enkel op indicatie
- c) Plaats BIS en TOF monitoring

## 3) Inductie:

- a) Sufenta IV a minimum, eventueel met background Remifentanyl IV
- b) Cefazoline 2G IV
- c) Metronidazole (Flagyl®) 500 mg IV
- d) Maagsonde: ter decompressie van de maag, mag postop uit, tenzij er contra-indicatie is

## 4) Bijzondere peroperatieve aandachtspunten:

- a) Normothermie behouden
- b) Voldoende spierverslapping voor optimale chirurgische condities:
  - i) insufflatiedrukken  $\leq 12$  mmHg
  - ii) TOF count 0-2
- c) Vochtbeleid:
  - i) vermijden van hypo- maar zeker ook hypervolemie
  - ii) cristoïden: 3,5 - 4,5ml/kg/h
- d) BIS: 45-55

## 5) Pijnstilling:

- a) Multimodale anesthesie: zie schema, infra onder punt 6.
- b) Vermijden van langwerkende opiaten
- c) Lokale infiltratie van de trocar insteekplaatsen met ropivacaïne 0,75%
- d) TAP block of rectus abdominis blok: te overwegen op einde ingreep

## 6) Multimodaal pijnschema:

IBW: Ideal Body Weight (wordt berekend door ventilator)

TBW: Total Body Weight

ABW: Adjusted Body Weight ; =  $IBW + 0,4x (TBW-IBW)$

ABW = ook doseergewicht van het ERAS pijnschema

Dosages in mg/kg 'adjusted body weight'			
	Inleiding	Onderhoud	Uitleiding
Dexamethasone	0,2 mg/kg (met max 10mg)		
Clonidine	1-2 µg/kg (langzaam)		
Lidocaïne	1,5 mg/kg		
Ketamine	0,25 mg/kg	Evt elk uur te herhalen tot einde	
Magnesium	15 mg/kg bij incisie	15 mg/kg/h tot einde	
Paracetamol			1 - 2 g één uur voor einde
Ketorolac (Taradyl®)			30 mg één uur voor einde
Dexdor® (te overwegen)	0,5 µg/kg oplaad	0,1 µg/kg/h tot einde	

## 7) Recovery:

- a) Bair Hugger
- b) Indien nodig Dipidolor® IV tot pijnvrij
- c) Zo nodig Tramadol/Litican® IV
- d) Overweeg PCIA bij te veel pijn

## 8) Postoperatief:

- a) Avond dag 0 nog start van vloeibare voeding
- b) Avond dag 0: mobiliseren (voeten uit bed bengelen)
- c) Pijnstilling afdeling:
  - i) Paracetamol 4x1g/d
  - ii) NSAID (Taradyl® of Voltaren®)
  - iii) Maagprotectie
  - iv) Eventueel associëren van Tradonal®
- d) Vanaf dag 1:

- i) Start vaste voeding
- ii) Minimaal 3x/dag uit het bed en verder stelselmatig opbouwen