

Laura van Wijk

arts-onderzoeker, afdeling Hepato-pancreato-biliaire chirurgie en levertransplantatie, UMCG

prof. dr. Götz Wietasch

anesthesioloog, afdeling Anesthesiologie, UMCG

prof. dr. Joost Klaase

hepato-pancreato-biliair chirurg, afdeling Hepato-pancreato-biliaire chirurgie en levertransplantatie, UMCG

GEBRUIK DE WACHTTIJD OM RISICOFACTOREN AAN TE PAKKEN

Fitte patiënt herstelt sneller van operatie

Een gecompliceerd beloop na chirurgie komt nog vaak voor en heeft een enorme impact op de kwaliteit van leven. Bovendien is het een grote kostenpost. Arts-onderzoeker Laura van Wijk en collega's pleiten voor een structurele aanpak van het risico op complicaties. Bij de patiënt zelf.

Een 73-jarige patiënt wordt verwezen naar de afdeling Hepato-pancreato-biliaire chirurgie en levertransplantatie vanwege twee afwijkende leverlaesies: de ene is verdacht voor een colorectale metastase, de andere voor een primair levercelcarcinoom. De voorgeschiedenis van de man vermeldt diabetes mellitus type 2, instabiele angina pectoris waarvoor reeds een percutane coronaire interventie is uitgevoerd, paroxysmaal boezemfibrilleren, een sigmoïdrectie vanwege een sigmoïdcarcinoom én chronische hepatitis B met child-pugh-A5-levercirrose. Hij heeft tevens een anemie en verkeert in een matige voedingstoestand. Zijn algehele conditie is slecht. Gezien de grootte en locatie van de laesies zou een uitgebreide leverresectie de enige kans op curatie zijn. Maar kan deze patiënt zo'n complexe buikoperatie aan? Wat verwachten we van de kwaliteit van leven na zo'n hoogrisico-operatie? Aangezien een operatie de enige kans op curatie biedt, heeft operatief ingrijpen vaak de voorkeur van de patiënt en/of familie en moet het behandelteam antwoorden geven op deze vraagstukken. Een belangrijke vraag die vaak ontbreekt is: valt er nog winst te behalen door preoperatief modificeerbare risicofactoren van de patiënt te optimaliseren om daarmee het complicatierisico te verlagen?

Tertiaire preventie

Bovenstaande casus is geen uitzondering als het gaat om de comorbiditeit en conditie waarin patiënten soms verkeren wanneer zij complexe buikchirurgie moeten ondergaan. Helaas is er in het huidige zorgpad vaak onvoldoende aandacht voor de genoemde vraagstukken. Daarom ligt dáár de ruimte voor het reduceren van complicaties en het verhogen van doelmatigheid van perioperatieve zorg. Gelukkig zijn er steeds meer initiatieven

voor het preoperatief optimaliseren van de fysieke conditie van patiënten.^{1,2} Een recentelijk gepubliceerde review geeft een goed overzicht waaruit blijkt dat we er niet omheen kunnen: patiënten preoperatief fitter maken om daarmee complicaties te verminderen werkt.³ Maar wat vergeten wordt, is dat er naast fysieke fitheid nóg vijf potentieel modificeerbare risicofactoren zijn die we preoperatief moeten identificeren en optimaliseren: kwetsbaarheid, ondervoeding, ijzergebrekanemie, psychische weerbaarheid en intoxicaties (roken en alcoholgebruik). Binnen de gezondheidszorg gaat de aandacht vooral uit naar primaire en secundaire preventie – het voorkómen of vroeg opsporen van aandoeningen. Maar voor een toenemend aantal kwetsbare ouderen die een operatie voor kanker moeten ondergaan, is dit een gepasseerd station. Voor hen is tertiaire preventie van belang. Tertiaire preventie – het voorkómen van perioperatieve complicaties en de ernst ervan – bevordert niet alleen de kwaliteit van leven op korte en lange termijn, maar bespaart ook enorm veel kosten.

In 2015 verscheen een artikel van de Dutch Value Based Healthcare Study Group over de kosten van een operatie voor darmkanker.⁴ Een opname bleek ongeveer 8000 euro te kosten als

Valt er nog winst te behalen door het complicatierisico te verlagen?



PATRICIA REHE / HOLLANDE HOOGTE

Het wordt tijd om ook het risico bij de patiënt te zoeken.

er geen complicaties optreden, maar gemiddeld 24.000 euro als er sprake is van ernstige complicaties. Deze verdrievoudiging van kosten bij een ernstig gecompliceerd beloop geldt eveneens voor pancreasresecties. Verder bleek dat 33 procent van de patiënten na een darmoperatie voor kanker een gecompliceerd beloop had: 12 procent had milde en 21 procent ernstige complicaties. Wanneer er in het fictieve geval géén complicaties zouden zijn opgetreden bij de bijna zevenduizend patiënten in het onderzoek, zou er 28 miljoen euro, maar liefst een derde deel van het budget, bespaard zijn.

Onbetrouwbare gegevens

De uitkomst van chirurgische zorg is multifactorieel bepaald. Om de risico's op complicaties te verminderen zijn er landelijke kwaliteitsverbeterprojecten opgezet. Voorbeelden hiervan zijn de nationale kwaliteitsregistraties (Dutch Institute for Clinical Auditing), centralisatie van hoogcomplexie chirurgie, minimaal invasieve operatietechnieken om het chirurgisch trauma te beperken en 'enhanced recovery after surgery'-programma's. Hoewel de

aandacht voor structuur- en procesverbetering binnen zorgorganisaties reeds zijn vruchten heeft afgeworpen, wordt het tijd om het risico bij de patiënt zelf te zoeken.

De beslissing om een patiënt te gaan opereren is een proces van shared decision making: de patiënt wordt actief betrokken bij de besluitvorming over verschillende behandelopties. Het behandelteam heeft daarvoor informatie nodig over de 'resectabiliteit', oftewel in hoeverre een tumor volledig kan worden verwijderd. Deze beslissing wordt in een multidisciplinair overleg genomen, vooral op basis van beeldvorming. De beoordeling of een patiënt een operatie wel aankan – de zogenaamde 'operabiliteit' – is net zo belangrijk, maar wordt in onze ogen nog vaak onderschat. Chirurgen vragen hun patiënten of ze fit zijn óf ze beoordelen de conditie van de patiënt op het moment dat deze de spreekkamer in komt lopen. Dit levert nogal eens onbetrouwbare gegevens op.

Risicofactoren

Door de volgende risicofactoren te optimaliseren, neemt de kans op een voorspoedig herstel toe:

FYSIEKE FITHEID

Ongeveer 30 procent van de patiënten die een complexe buikoperatie moeten ondergaan voor kanker is lichamelijk niet fit. Inmiddels is er toenemend bewijs dat preoperatief trainen de patiënt fitter kan maken en daarmee perioperatieve complicaties kan verminderen. Ondanks deze kennis gaan er tegenwoordig nog steeds patiënten niet fit de operatie in. Dit komt doordat fitheid niet wordt gemeten of een trainingsprogramma niet standaard wordt gefaciliteerd of vergoed. Als dat wél zo is, blijkt de therapietrouw nog niet optimaal te zijn. Juist de niet-fitte patiënten zien er tegenop om te gaan trainen en ervaren kosten- en vervoersproblemen. Daarom onderzoeken wij momenteel de meerwaarde van een thuisstrainprogramma voor de niet-fitte patiënt die een lever- of pancreasoperatie moet ondergaan.

Patiënt en dokter moeten wél in beweging komen

KWETSBAARHEID

Kwetsbaarheid van patiënten geeft een grotere kans op complicaties en een mindere kwaliteit van leven na chirurgie. Met meetinstrumenten als de Groningen Frailty Indicator (GFI) of de 'frailty'-criteria volgens Robinson zijn kwetsbare patiënten te identificeren. Kwetsbare ouderen moeten een *comprehensive geriatric assessment* ondergaan bij de internist ouderengeneeskunde. Die kijkt naar de achteruitgang in het functioneren in de breedste zin en doet waar mogelijk aanpassingen, bijvoorbeeld door medicatie voor chronische ziektes beter in te stellen en aandacht te besteden aan delierpreventie en het sociale vangnet.

ONDERVOEDING

Bijna de helft van de patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen is ondervoed of loopt het risico op ondervoeding. Ondervoeding leidt tot meer perioperatieve complicaties. Met bijvoorbeeld de *patient-generated subjective global assessment* (PG-SGA) is te achterhalen of er een risico is op ondervoeding. Wanneer dat het geval is, moeten deze patiënten naar de diëtist om zo de perioperatieve uitkomst te verbeteren.

IJZERGEBREKANEMIE

Bloedarmoede onder chirurgische patiënten is een veelvoorkomend probleem. Bij ongeveer 40 procent van de patiënten die een grote operatie moeten ondergaan is er sprake van een anemie, meestal een ijzergbrekanemie. Dit kan preoperatief worden

gecorrigeerd met ijzerinfusie, wat in een studie onder patiënten die een buikoperatie moesten ondergaan, bleek te resulteren in minder bloedtransfusies en een kortere opnameduur.⁵

PSYCHISCHE WEERBAARHEID

Psychologische factoren beïnvloeden fysiologische en psychologische resultaten na de operatie. Steeds vaker wordt erkend dat een prehabilitatieprogramma psychologische componenten moet bevatten. Patiënten die bijvoorbeeld op grond van de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) aanwijzingen hebben voor angst en/of depressie, moeten een consult krijgen bij een praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-ggz) en indien nodig worden doorverwezen naar een medisch psycholoog.

ROKEN EN ALCOHOLGEBRUIK

Roken geeft een verhoogd risico op cardiovasculaire, pulmonale en wondcomplicaties na een operatie. Alcoholgebruik heeft naast bovengenoemde complicaties een negatieve impact op het immuunsysteem en geeft een verhoogd risico op bloedingen. Patiënten die roken en/of alcohol gebruiken dienen te stoppen. De behandelaar moet het belang hiervan duidelijker benadrukken én actief hulp aanbieden. Patiënten zullen door het feit dat zij de diagnose kanker hebben gekregen en een operatie moeten ondergaan, gevoeliger zijn voor leefstijlveranderingen. De verwachting is dat die gezondere levensstijl ook eerder blijvend is.

Prehabilitatieplan

Deze zes potentieel modificeerbare risicofactoren zullen wij in de 'Frail'-studie structureel beoordelen en waar nodig optimaliseren. Deze pilotstudie heeft als doel om uiteindelijk te komen tot een prehabilitatiecentrum, waar onder meer anesthesiologen, internisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten en diëtisten zullen samenwerken. Patiënten kunnen daar voorafgaand aan een behandeling voor kanker terecht voor een op maat gemaakt prehabilitatieplan, dat het liefst bij de patiënt thuis of in zijn omgeving kan worden uitgevoerd.

Dat betekent dat bestaande reguliere zorgpaden op de schop moeten. De wachttijd voor een operatie (momenteel vier tot zes weken voor oncologische resecties; voldoende tijd om de risicofactoren te verbeteren) kan op deze manier in ieder geval goed benut worden. Maar dan moeten patiënt en dokter wél in beweging komen. ■

contact

j.m.klaase@umcg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.