

# ERAS, FAST TRACK OF COLONHERSTEL-PROGRAMMA

H. Knetsch\*

**In steeds meer ziekenhuizen wordt er gebruik gemaakt van snelherstelprogramma's bij electieve colonchirurgie. De snelherstelprogramma's kunnen per ziekenhuis een andere benaming hebben. De meest gebruikte is het ERAS programma. Dit programma heeft als doel: de zorg rondom en tijdens de operatie optimaliseren door middel van een aantal componenten. Dit artikel zal deze componenten verder toelichten.**

De naam ERAS staat voor Enchances Recovery After Surgery. Henrik Kehlet, een Deense chirurg, stond tien jaar geleden aan de wieg van dit "snelherstelprogramma". Het programma is ontstaan uit een samenwerkingsverband met vijf universiteiten met gespecialiseerde chirurgische afdelingen uit vijf Europese landen: Schotland, Zweden, Denemarken, Noorwegen en Nederland. Het programma is in de jaren 2006-2007 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen in Nederland en wordt ook wel fast track of colonherstelprogramma genoemd.

Het ERAS programma richt zich op een sneller herstel na electieve colorectale chirurgie door reductie van chirurgische stress respons en promotie van vroeg herstel van functies, met als gevolg een verkorte opnameduur. De opnameduur is gereduceerd van 10-14 dagen naar 5-7 dagen. Dit is mogelijk door een aantal componenten te optimaliseren, zoals goede preoperatieve voorlichting, geen darmvoorbereiding, geen premedicatie, adequate voeding preoperatief met ondermeer koolhydraat verrijkte voeding tot twee uur voor de operatie, minimale invasieve chirurgie en anesthesie, het vermijden van drains en maagsondes post-

operatief, adequate pijnstilling, medicamenteuze ondersteuning met prokinetica en laxantia en snelle herstart van voedselinname en mobilisatie. Dit in tegenstelling bij de traditionele chirurgie waarbij de patiënten in de preoperatieve fase nuchter waren en werden gelaxeerd. Met als gevolg uitdroging en elektrolytenstoornissen. Uit recent onderzoek is gebleken dat er zelfs meer naadlekkages optreden na darmvoorbereiding. Bij de conventionele postoperatieve zorg zorgde de voorzichtige opbouw van de voeding, de overmatige infusie, de geringe mobilisatie en het geven van NSAID'S juist voor meer complicaties, zoals ileus, pulmonale complicaties en naadlekkages.

In diverse gerandomiseerde studies is aangetoond dat het "snelherstelprogramma" significant een kortere primaire opnameduur laat zien. Bij de studies blijkt niet alleen dat de opnameduur is gereduceerd, maar ook dat er sprake is van verminderde morbiditeit, verbeterde longfunctie, afname van postoperatieve ileus en dat de patiënt minder pijn heeft en vermoeid is met als gevolg een snellere terugkeer naar het normale leven. Om de veiligheid te garanderen bij een vervroegd ontslag moe-

ten de patiënten wel aan bepaalde criteria voldoen. De ontslagcriteria zijn: goede defecatie, tolerantie van normale voeding, gewenste wondgenezing, geen koorts, adequate pijnmedicatie en een goede mobilisatie. De criteria wijken niet af van de traditionele colonchirurgie na een opnameduur van 10-14 dagen. Maar vanwege de verkorte opnameduur en de kans op het krijgen van een naadlekkage de eerste vijf dagen postoperatief, is het wenselijk om achttienveertig uur na ontslag contact op te nemen met de patiënten om na te gaan of er thuis geen complicaties zijn opgetreden.

De multidisciplinaire aanpak is essentieel om het programma te laten slagen. De chirurg, anesthesioloog, diëtist, verplegend personeel en de stomaverpleegkundige werken nauw samen. Elke zorgprofessional neemt een bepaald onderdeel voor zijn rekening. De chirurg met MINIMALE invasieve chirurgie, de anesthesist met goede pijnmedicatie en prokinetica, de diëtiste met de voeding en de afdelingsverpleegkundige die goede voorlichting geeft en de patiënt stimuleert in de mobilisatie. De stomaverpleegkundige kan preoperatief een instructieset meegeven aan de patiënten waarvan het zeker is dat zij een stoma gaan krijgen. In



Figuur 1. Enchances Recovery After Churgery



deze instructieset bevindt zich een fictieve stoma met stoma opvangmateriaal en een instructiekaart. De patiënt kan dan in verband met de verkorte opnameduur al preoperatief de zelfzorg aanleren. In sommige ziekenhuizen is er een speciaal zorgprogramma ontwikkeld om de gang van zaken goed te laten verlopen en duidelijkheid te scheppen bij zorgverlener en patiënt.

Om het snelherstelprogramma te doen slagen is het van groot belang dat de diverse zorgprofessionals nauw met elkaar samenwerken. De neuzen van alle disciplines dienen dezelfde kant op te gaan.

Bij patiënten met comorbiditeit is er nog te weinig bewijs voor het "snelherstelprogramma".

Daarom is er in 2006 een studie gestart in een aantal ziekenhuizen

genaamd de LAFA studie. Deze studie staat voor

Laparoscopy and/or Fast

Track multimodal management versus standard care. Doel van de studie is te bepalen welke benadering beter is, laparoscopische chirurgie, fast track perioperatieve zorg of een combinatie van deze twee versus traditionele zorg en een conservatieve operatie. De ijkpunten van de studie zijn de opnameduur (inclusief het aantal heropnames), patiënt tevredenheid, morbiditeit en kosten.

Conclusie: ERAS heeft ervoor gezorgd dat patiënten sneller het ziekenhuis kunnen verlaten maar de focus moet liggen op een mindere achteruitgang van de patiënt pre-, peri- en postoperatief.

De toekomstverwachting is dat het herstel na colonchirurgie zodanig kan worden verkort dat er slechts een korte of zelfs helemaal geen opname meer nodig is.

## LITERATUUR

1. Tijink H, et al. **Sneller hersteld**. Medisch Contact 2007 juli;62 (29-30):1273-1275.
2. Vermeulen M. **Actief herstellen is wel zo prettig**. Volkskrant 2007 19 juli.
3. Kehlet H, Wilmore DW. **Multimodal strategies to improve surgical outcome**. Am J Surg 2002;183:630-41.
4. Wilmore DW, Kehlet H. **Management of patients in fast track surgery**. BMJ 2001;322:473-6.
5. Nygren J, Hausel J, Kehlet H, Revhaug A, Lassen K, Dejong CH. **A comparison in five European Centres of case mix, clinical management and outcomes following either conventional or fast track perioperative care in colorectal surgery**. Clin Nutr. 2005;24:455-61.

\* **Hanita Knetsch, stomaverpleegkundige Diaconessenhuis, Leiden.**