

---

## Pre- en postoperatief beleid gynaecologische ingrepen

---

### Doel

Verbetering kwaliteit van zorg door eenduidig beleid en verstrekken van uniforme informatie.

Deze richtlijn is bedoeld als leidraad voor in de praktijk voor alle patiënten die een electieve gynaecologische ingreep ondergaan

### Doelgroep

Artsen, verpleegkundigen

### Inhoud

1. POS poli
2. Trombose profylaxe
3. Antibioticaprofylaxe
4. Perioperatieve desinfectie
5. Postoperatieve zorg
6. Postoperatieve pijnstilling
7. Wondzorg
8. Opnameduur, ontslag en nacontrole

Aanbevelingen

Bronnen

## 1. Pre operatieve screening

Alle patiënten die een electieve ingreep ondergaan moeten eerst door de anesthesist gescreend worden op het pre operatieve screening spreekuur.

Controleer op uw spreekuur:

- Algemene (operatieve) voorgeschiedenis
- Medicatie gebruik (tip: medicatie meenemen naar de POS voor de juiste namen en doseringen)
- Allergieën (waarvoor, wat voor reactie)
- Geef voorlichting over de ingreep en het te verwachten traject (pre, per- en postoperatief)
- Indien nodig hemoglobine gehalte bepalen en eventueel packed cells reserveren
- Vertel over beleid nuchter voor anesthesie

Voor de meeste patiënten:

De patiënt moet nuchter blijven

- 2 uur voor heldere vloeistof (water, thee/koffie zonder melk, stroop)
- 6 uur voor vast voedsel en melkproducten

Uitgezonderd:

- Zwangeren
- Patiënten voor spoedoperaties
- Patiënten met een gestoorde maagpassage (morbide obesitas, diabetes mellitus, refluxproblemen, ileus)

Voor deze patiënten geldt minstens 6 uur nuchter voor vloeistof **en** vast voedsel

### **Aanbeveling:**

Verwijs elke patiënt die een electieve ingreep ondergaat naar de POS poli



### \*Additionele risicofactoren

- Leeftijd >60 jaar zonder bijkomende risicofactor, >40 jaar in aanwezigheid van extra risicofactor
- (Morbide) obesitas, BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>
- Langdurige bedrust > 7 dagen
- Decompensatio cordis NYHA klasse III-IV
- COPD
- Inflammatoire darmziekten
- Orale anticonceptie
- Zwangerschap en kraambed
- Varicosis

### Tijdstip van toediening<sup>1,2</sup>

Bij mobiele patiënten postoperatief starten met de tromboseprofylaxe (ten minste 6 uren na de ingreep)

Bij geïmmobiliseerde patiënten die *uitgesteld* worden geopereerd wel pre-operatief met de tromboseprofylaxe starten

N.B: Geef geen fraxiparine binnen 12 uur voor de operatieve ingreep

### Contra-indicaties

- Trombocytopenie (<15 x 10<sup>9</sup>/L)
- Bekende bloedingsneiging (onder andere hemofilie)
- Bekende heparine geïnduceerde trombocytopenie (HIT)
- Ernstige bloedingen of hoog risico op bloedingen cerebraal
- Acute uremie
- Leverfunctiestoornissen met spontaan verhoogde INR

Bij het bestaan van **contra-indicaties** overleggen met internist of anesthesist voor alternatief. Indien een patiënt reeds vitamine K antagonist (VKA) of een orale anticoagulantia (DOAC) gebruikt overleg ook met de internist of anesthesist.

### Aanbeveling:

Overweeg bij elke patiënt die een electieve ingreep ondergaat VTE profylaxe te geven ter preventie van veneuze trombose aan de hand van de risico-indeling

**Aanbeveling:**

Overweeg als VTE profylaxe als 1<sup>e</sup> keus LMWH en als 2<sup>e</sup> keus ongefractioneerde heparine.  
Wees bedacht op bloedingscomplicaties

**Aanbeveling:**

Overweeg bij hoog risico patiënten VTE profylaxe met een verlengde duur van 4-6 weken

**Aanbeveling:**

De keus de dosering o.b.v. lichaamsgewicht (> 100kg) aan te passen dient per kliniek gemaakt te worden. De literatuur heeft geen duidelijke voorkeur weergegeven

**Aanbeveling:**

Continueer bij oncologische buikoperaties (>45minuten durend) tromboseprofylaxe 4 weken post operatief (NNT 12) en bij DVT in de voorgeschiedenis gedurende 6 weken post operatief

### 3. Antibiotica profylaxe<sup>3,4</sup>

De keuze van antibioticaprofylaxe bij operatieve ingrepen is gericht op het voorkomen van wondinfecties door staphylococcus aureus bij de buikoperaties en het voorkomen van een PID bij de vaginale operaties. Dit is belangrijk te beseffen in het maken voor de keus van soort en duur van de antibiotica.

Ingreep	Profylaxe	Opmerking
Schoon (abdominale ingrepen) zonder openen met bacteriën gekoloniseerde ruimte	Geen	
Gecontamineerd (abdominale- en vaginale uterusextirpatie, TLH, vulvectomie)	1e keus: cefazoline iv (1-2 gr / 3 gr) + metronidazol 500 mg iv 2e keus: augmentin iv 1.2 gr eenmalig	Éénmaal preoperatief, indicatie voor herhaling gift (ingreep > 4 uur)
Laparoscopie (laag risico)*	Geen	
Laparoscopie (hoog risico)* / bij darmletsel	1e keus: cefazoline iv 1e keus: metronidazol toevoegen 2e keus: uitbreiden naar augmentin iv	
Vaginale ingrepen, incl. VAWP	Geen	
Prolapschirurgie van het middelste compartiment (verzakking vaginatop)	1e keus: cefazoline iv (1-2 gr / 3 gr) + metronidazol 500 mg iv 2e keus: augmentin iv 1.2 gr eenmalig	
Acute tubachirurgie bij EUG	1e keus: cefazoline iv (1-2 gr / 3 gr) + metronidazol 500 mg iv 2e keus: augmentin iv 1.2 gr eenmalig	<i>Chlamydia</i> diagnostiek inzetten!
Acute tubachirurgie bij tuba-ovarieel abces /peritonitis kleine bekken	1e keus: augmentin iv 1.2 gr 2 <sup>e</sup> keus: 3 <sup>e</sup> generatie cephalosporinen (ceftriaxon, cefotaxim) + metronidazol iv (minimaal 7 dagen; op geleide van kweken) <sup>4</sup>	Altijd banaal bacteriële- en <i>Chlamydia</i> diagnostiek inzetten!
Hydrosalpingografie (HSG)	Alvorens HSG eerst PCR op Chlamydia. Indien negatief of behandelde chlamydia geen antibiotica profylaxe geven  Durante HSG gedilateerde tubae: Doxycycline 2dd100mg 5 dagen  PID in voorgeschiedenis Doxycycline eenmalig 200mg	<i>Chlamydia</i> diagnostiek inzetten!

3e / 4e graads ruptuur	1e keus: cefazoline iv (1-2 gr / 3 gr) + metronidazol 500 mg iv 2e keus: augmentin iv 1.2 gr eenmalig	Eénmalig profylaxe bij vaststelling van een 3e of 4e graads sfincterletsel. Antibiotica al direct geven op verloskamer. Indien herstel van ruptuur langer gaat duren dan 4 uur, herhaling
Hysteroscopie	Geen	
Nacurettage	Geen	
APLA	Azitromycine 1000mg p.o. eenmalig	
Vacuüm curettage	1-2 uren pre-operatief: doxycycline 200mg po <sup>8</sup>	
Septische abortus	1e keus: Augmentin iv 4dd 1.2 gr ged. 10 dagen 2e keus: Cefotaxim iv 4dd 1 gr + Metronidazol iv 3dd 500mg ged. 7 dagen	

\*Een laparoscopie met **laag infectierisico** wordt gedefinieerd als: een korte (< 1 uur) procedure, die ongecompliceerd verloopt, bij een patiënt onder de 70 jaar, waarbij geen spil optreedt van cyste-inhoud, waarbij bloedverlies beperkt (< 500 ml) blijft, waarbij geen onoplosbaar materiaal gebruikt wordt.

In alle andere gevallen wordt de ingreep beschouwd als een laparoscopie met **hoger infectierisico**.

#### Aanbeveling

Geef patiënten profylactisch antibiotica om de kans op postoperatieve infecties te verlagen indien dit geïndiceerd is. Gebruik hiervoor het antibioticaprofylaxe overzicht voor gynaecologische ingrepen

#### Aanbeveling

Voor verrichten HSG eerst PCR op Chlamydia. Indien negatief, reeds behandelde chlamydia en geen PID in voorgeschiedenis is antibioticaprofylaxe NIET nodig

#### Aanbeveling

Geeft patiënten die een curettage ondergaan voor miskraamresten alleen antibiotica indien er sprake is van een geïnfecteerde rest/ septische abortus

#### 4. Perioperatieve desinfectie

De huid van patiënten dient altijd gedesinfecteerd te worden ter plaatse van de ingreep. Desinfectie met chloorhexidine met 70% isopropyl alcohol significant lagere kans op wondinfectie in vergelijking met povidone-iodine bij patiënten die een gynaecologische laparotomie ondergaan<sup>11</sup>

Zowel iodine als chloorhexidine met lage concentraties (4%) isopropyl alcohol zijn goede opties voor vaginaal toilet.

##### **Aanbeveling:**

Desinfecteer de huid van het operatiegebied bij voorkeur met chloorhexidine/70% isopropyl alcohol

#### 5. Time – out

Het operatieteam voert een kort overleg met het gehele operatieteam, in aanwezigheid van de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, vóór de start van de anesthesie. Bespreek tenminste:

- Identificatie patiënt en verificatie juiste patiëntendossier.
- Type operatie
- Juiste zijde of locatie
- Allergieën
- Type anesthesie
- Positionering van de patiënt
- Antibioticabeleid (noteer tijdstip van toediening in patiëntendossier)
- Stollingsstatus, indien relevant
- Te verwachten anesthesiologische problemen
- Relevante co-morbiditeiten en relevante medische voorgeschiedenis

De operateur is verantwoordelijk voor de time-out procedure. Het is een verantwoordelijkheid van alle teamleden om adequaat te participeren in de time-out procedure.

##### **Aanbeveling**

De operateur is voor elke ingreep verantwoordelijk voor een gestructureerde time-out



## 6. Postoperatieve zorg

### Algemeen

Het heel team (artsen en verpleegkundigen) zijn verantwoordelijk voor het goed verloop van het postoperatieve traject van een patiënt.

- Direct postoperatief wordt het operatieverslag door de arts gemaakt en genoteerd in de status
- De arts registreert afspraken en meldt deze aan de verpleegkundige

### Overdracht verkoever naar afdeling

De overdracht vindt gestructureerd plaats tussen de verkoever verpleegkundige en de afdelingsverpleegkundige; aan bed en aan de hand van de status

Minimaal de volgende gegevens worden overgedragen:

- Gegevens van de patiënt, de operatie en de anesthesie
- Vitale functies en pijnscore
- Beloop en eventuele veranderingen in medicatie en beleid

### Controles

De verpleegkundige voert binnen 1 - 2 uur na de laatste controles op de verkoeverkamer de controles uit en geeft een terugkoppeling bij afwijkende waarden van:

- Pols
- Tensie
- Temperatuur
- Saturatie
- Pijnscore

De verpleegkundige meldt afwijkende controlewaarden en andere bijzonderheden aan de arts.

Gebruik in ieder geval op dag 0 de MEWS score\* voor het vroegtijdig herkennen en behandelen van de vitaal bedreigde volwassen patiënt.

De verpleegkundige voert controles uit conform de afspraken van de arts.

Indien er geen afspraken genoteerd staan, dan controles:

- Dag 1 en 2: 2 maal per dienst indien stabiel; vaker indien nodig.
- Na 48 uur: 1 maal per dienst pols, tensie en temperatuur; vaker indien nodig.
- Observeer de urineproductie (Indicatie 0,5ml/ kg/ uur) en aspect van de urine. Als de patiënt geen blaaskatheter heeft, moet hij/zij binnen 6 uur geürineerd hebben
- Houd de vochtbalans bij indien dit door de arts gevraagd wordt
- Sommige patiënten hebben een tampon in gedurende 24 uur; Deze tampon kan het

- urineren belemmeren, CAD verwijderen indien tampon verwijderd
- Indien intake en mobilisatie optimaal, dan pas het infuus verwijderen
- Observeer op misselijkheid, geef zo nodig anti-emetica op voorschrift van de arts
- Mag drinken bij terugkomst (helder vloeibaar); de dag na de operatie een vloeibaar dieet en daarna wensdieet indien gedefecerd
- Mobiliseer de patiënt vanaf de dag van de operatie, indien mogelijk en naar vermogen van de patiënt
- Letten op bloedverlies
- Controleer op indicatie het hemoglobine gehalte

### MEWS score

MEWS (Modified Early Warning Score) Alarmsignalen bij vitaal bedreigde patiënt								
	Score	3	2	1	0	1	2	3
A	SpO2	≤ 85	85-89	90-94	≥ 95			
B	Ademfrequentie		≤ 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
C	Hartfrequentie		≤ 40	41-50	51-100	101-110	110-129	≥ 130
C	Systolische bloeddruk	≤ 70	71 - 80	81-100	101-180	181-200	201-219	≥ 220
C	Diurese	0 check CAD	< 20ml/hr	< 35ml/hr		> 200ml/hr		
D	Bewustzijn			agitatie	A	V	P	U
E	Temperatuur		< 35	35,1-36,0	36,1-37,3	37,4-38,4	≥ 38,5	

Minimale controle MEWS 1x per 8 uur.

- MEWS 3 : verpleegkundigen overleggen onderling of contact met de arts noodzakelijk is. MEWS herhalen a 8 uur.
- MEWS 4,5 : verpleegkundige overlegt met de zaalarts < 30 minuten. MEWS herhalen a 4 uur
- MEWS 6 of meer: overleg met de zaalarts < 10 minuten. MEWS herhalen a 1 uur

Geeft extra punten bij:

- Onrust +1
- Urineproductie < 75ml/4 uur +1
- Saturatie < 90 % ondanks therapie + 3

**A**= Alert      **P**= Reactie op pijnprikkel      **V**= Reactie op aanspreken      **U**= Geen reactie

### Mobiliseren

De dag na de operatie wordt de patiënt gemobiliseerd ter preventie van trombosevorming.

## Bloedonderzoek

Afhankelijk van het soort operatie en het bloedverlies durante OK wordt de dag na de operatie het hemoglobine gehalte bepaald (alleen op indicatie)

## Catheter a demeure (CAD) verwijderen

Bij de meeste operaties waar er pre- operatief een katheter geplaatst is, wordt deze één dag postoperatief verwijderd om de kans op een urineweginfectie te verkleinen.

De arts dient duidelijke instructies te geven aan de verpleegkundige als de katheter langer in moet blijven.

- Prolapschirurgie<sup>18</sup>:

Het advies is om binnen 2 dagen de katheter te verwijderen met het oog op minder urineweginfecties, kortere opnameduur en minder pijn <sup>18</sup>.

Hierbij is het noodzakelijk retentie te bepalen. De kans op re-katheterisatie is verhoogd.

Zie voor het retentiebeleid het kopje urineproductie hieronder.

Een uitzondering op CAD verwijderen binnen 48 uur is wanneer er durante OK sprake is geweest van een blaaslaesie. In dat geval dient de katheter 7 -14 dagen in situ te blijven om het risico op fistelvorming te minimaliseren<sup>15</sup>.

## Urineproductie

6 uur na de operatie moet de patiënt geürineerd hebben. Bij uitblijven van de urineproductie kan men met bladderscan de blaasinhoud meten en mogelijk nog even wachten (extra vocht geven).

<b>Retentie</b>	<b>Actie</b>
< 150 ml	Geen actie
150-500 ml	Na 1 uur opnieuw spontane mictie proberen + retentie controle
500-1000 ml	Eenmalige katheterisatie *Een blaasinhoud van 500 – 1000 ml welke korter dan 2 uur bestaat heeft waarschijnlijk geen nadelige effecten op de mictie
>1000 ml	ICC Urologie

Bij spinale anesthesie moet de patiënt binnen 8 uur postoperatief geürineerd hebben. Bij algehele anesthesie is het niet per sé nodig dat patiënt geplast heeft voor vertrek naar huis.

## Infuus

Waaknaald van maken indien voldoende urineproductie en voldoende intake, geen medicatie door infuus geïndiceerd en de controles stabiel zijn. Verder verzorgen en verwijderen volgens protocol.

## Vochtbalans

Postoperatief wordt er (sowieso na een operatie die langer dan 4 uur geduurd heeft) een

vochtbalans opgestart. Deze kan gestopt worden als die in evenwicht is.

**Aanbeveling:**

Bewaak een gestructureerde overdracht vanaf het OK complex naar de afdeling

**Aanbeveling:**

- Gebruik de MEWS-systematiek voor het vroegtijdig herkennen en behandelen van de vitaal bedreigde volwassen patiënt.
- MEWS criteria bij grote buikchirurgie op dag 0, eventueel langer op aanvraag van de arts

**Aanbeveling:**

Op dag 1 na de operatie wordt de patiënt gemobiliseerd, wordt in principe de katheter verwijderd en eventueel het hemoglobine gehalte bepaald

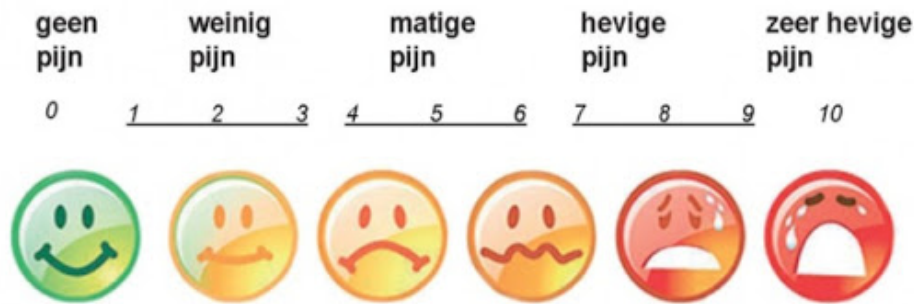
**Aanbeveling:**

Bij prolapschirurgie (ook bij voorwandplastieken) wordt de CAD binnen 48 uur verwijderd, waarbij er na verwijderen van de katheter urineretentie bepaald moet worden

## 7. Postoperatieve pijnstilling

Postoperatieve pijn is acute pijn ten gevolge van de operatie. Het doel is om het postoperatief traject zo comfortabel mogelijk voor de patiënt te doen verlopen.

Pijn wordt gemeten aan de hand van een pijnscore (VAS score). Gebruik dit meetinstrument door het uit te vragen aan patiënten, waarbij 0 geen pijn is en 10 de ergste pijn ooit is.



Evalueer of er mogelijkheden zijn voor niet-medicamenteuze therapie (vb mobilisatie, andere ligging in bed).

Binnen 24 uur na de operatie is de anesthesist primair verantwoordelijk voor de pijnmedicatie, daarna is de operateur verantwoordelijk en kan die zo nodig overleggen met de anesthesist.

Medicamenteuze therapie wordt toegepast volgens de WHO pijnladder:

- Stap 1: paracetamol 4 dd 1000 mg (p.o./supp)
- Stap 2: NSAID's (p.o./supp)
- Stap 3: morfine sc volgens voorschrift van de anesthesioloog of gynaecoloog

VAS 0 – 4 postoperatief → Stap 1

VAS 4 – 6 postoperatief → Stap 2

VAS > 6 overlegt de verpleegkundige met de arts

### **Aanbeveling:**

De eerste 24 uur post operatief is de anesthesist primair verantwoordelijk voor de pijnmedicatie, daarna is de operateur verantwoordelijk

### **Aanbeveling:**

Maak gebruik van de VAS score en de WHO pijnladder voor toedienen van pijnmedicatie

## 8. Wondzorg

Het doel is het verzorgen van een wond zodat de wondgenezing bevorderd wordt

### Werkwijze bij primair gesloten chirurgische wonden

- Wondcontrole vanaf dag 1: op dag 1 of 2 dient het verband verwijderd te worden. Uit onderzoek blijkt dat er geen verschil is in het aantal infecties tussen de wond onbedekt laten, het verband op dag 1 of dag 2 te verwijderen. Belangrijk is dat de wond binnen de eerste 48 uur post operatief niet nat wordt<sup>17</sup>
- Na mobiliseren kort (<10 minuten) douchen toegestaan. Binnen 48 uur na operatie met afgeplakte wond
- Wond bijverbinden indien deze is doorgelekt
- Zo nodig kan op het wondverband de omvang van eventueel wondvocht lekkage afgetekend worden om zo het verloop te kunnen bewaken
- Reinigen (met NaCl) van de primair gesloten wond kan worden overwogen als de patiënt gestold bloed, exsudaat of beslag op de wond als hinderlijk ervaart.
- Het baden van wonden in welke oplossing dan ook, behoort **geen** onderdeel van de wondreiniging te zijn
- Het wisselen van verband dient zoveel mogelijk beperkt te blijven. Inspectie van de wond en ook tussentijdse verbandwisselingen kunnen noodzakelijk zijn bij tekenen van infectie: koorts, roodheid, pus, zwelling, geur en pijn aan de wond
- Wondverzorging en voortgang van het genezingsproces moeten duidelijk gerapporteerd worden door de verpleegkundige in het verpleegkundig dossier
- Zorg zo nodig voor pijnbestrijding
- Bij bijzonderheden aan de wond, dagelijks wondcontrole
- Controleer de dag van ontslag altijd de wond. Bij bijzonderheden geeft de verpleegkundige dit door aan de arts.

#### **Aanbeveling:**

Op dag 1 wordt bij de eerste wondcontrole het verband verwijderd (kan ook op dag 2, keus per kliniek). Tussentijdse verbandwisselingen kunnen noodzakelijk zijn bij tekenen van infectie

#### **Aanbeveling:**

Verricht wondcontrole volgens de beschreven adviezen

## 9. Ontslag en nacontrole

Onderstaand schema geeft een indicatie wanneer patiënten het ziekenhuis mogen verlaten. Het aantal opgenomen dagen is afhankelijk van het soort operatie, soort incisie die gemaakt is, het verloop van de operatie en het postoperatieve beloop

Ingrepen	Dagen Pre OK	Dagen Post OK
<b>Vaginaal, benigne</b>		
VUE	1	2-4
Prolapschirurgie	1	2-4
<b>Abdominaal, benigne</b>		
AUE, myoomenucleatie pffannenstiel	1	2-4
AUE, myoomenucleatie mediaan	1	
-Mediaan Onderbuik		4-6
-Mediaan Bovenbuik		6-7
Tuba- en ovariumchirurgie, groot	1	3-4
Tuba- en ovariumchirurgie, klein	1	1-3
<b>Abdominaal, oncologie</b>		
Stageringslaparotomie	1	7-12
Proeflaparotomie +/- vriescoupe	1	7-12
AUE+BSO	1	7-12
Debulking	1	7-12
Wertheim-Okabayashi	1	7-12
<b>Vaginaal, oncologie</b>		
Onderzoek Onder Narcose (OON/OIN) +/- biopsie	0-1 1	0-1 10-12
(Radicale) locale excisie (+/- lymfeklierdissectie)	1	10-12
Radicale vulvectomie	0-1	1
LLETZ	0-1	1
Cold knife conisatie	1	0
Brachytherapie		
<b>Laparoscopie level 1</b>		
Diagnostisch, sterilisatie, tubatesten	0	0 - 1
<b>Laparoscopie level 2</b>		
Cystectomie/tubectomie	0	1 – 2
<b>Kleine ingrepen</b>		
Curettagage, hysteroscopie, rupturen, vulvaire ingrepen	0	0

Indien de postoperatieve patiënt met ontslag mag, gaan de arts en de verpleegkundige de volgende checklist na:

- Ontslaggesprek door arts en verpleegkundige; informatie over
  - Dagelijkse activiteiten
  - Nazorg wond

- Complicaties en medische vragen
- Uitleg medicatie
- Spoednummer en instructies wanneer contact op te nemen
- Ontslagbrief
  - Reden van opname
  - Korte samenvatting operatie
  - Postoperatief beloop
- Recept
- Afspraak nacontrole

**Aanbeveling:**

Controleer de checklist bij het ontslag van de postoperatieve patiënt

**Aanbeveling:**

Besteedt voldoende tijd aan de communicatie met de postoperatieve patiënt over het te verwachten traject thuis en geef instructies wanneer zij contact moet maken

**Aanbeveling:**

De arts is verantwoordelijk voor een overdracht (ontslagbrief) aan de huisarts



## Aanbevelingen

1. Verwijs alle patiënten die een electieve ingreep ondergaan naar de POS poli
2. Overweeg bij elke patiënt die een electieve ingreep ondergaat pre- en postoperatief profylaxe ter preventie van veneuze trombose aan de hand van de risico- indeling
3. Overweeg als VTE profylaxe als 1<sup>e</sup> keus LMWH (1dd 0,3ml fraxiparine) en als 2<sup>e</sup> keus ongefractioneerde heparine. Wees bij de 2<sup>e</sup> keus bedacht op bloedingscomplicaties
4. Maak in uw kliniek de keus of de dosering trombose profylaxe aangepast wordt aan de hand van het gewicht (in de literatuur geen consensus over)
5. Continueer bij oncologische buikoperaties (>45minuten durend) tromboseprofylaxe 4 weken post operatief (NNT 12) en bij DVT in de voorgeschiedenis gedurende 6 weken post operatief
6. Geef patiënten profylactisch antibiotica om de kans op postoperatieve infecties te verlagen indien dit geïndiceerd is. Gebruik hiervoor het antibioticaprofylaxe overzicht voor gynaecologische ingrepen
7. Neem voor het verrichten van een HSG eerst PCR op Chlamydia af. Indien negatief, reeds behandelde chlamydia en geen PID in voorgeschiedenis is antibiotica profylaxe NIET nodig
8. Geeft patiënten die een curettage ondergaan voor miskraamresten alleen antibiotica indien er sprake is van een geïnfecteerde rest/ septische abortus
9. De operateur is vòòr elke ingreep verantwoordelijk voor een de time-out
10. Bewaak een gestructureerde overdracht van het OK complex naar de afdeling
11. Gebruik de MEWS systematiek voor het vroegtijdig herkennen en behandelen van de vitaal bedreigde volwassen patiënt
12. Op dag 1 na de operatie wordt de patiënt gemobiliseerd, wordt in principe de kathe- ter verwijderd en eventueel het hemoglobine gehalte bepaald
13. Bij prolapschirurgie (ook bij voorwandplastieken) wordt de CAD na 48 uur verwijderd, waarbij er na verwijderen van de katheter urineretentie bepaald moet worden
14. De eerste 24 uur post operatief is de anesthesist primair verantwoordelijk voor de pijnmedicatie
15. Maak gebruik van de VAS score en de WHO pijnladder
16. Op dag 1 wordt bij de eerste wondcontrole het verband verwijderd. Tussentijdse ver- bandwisselingen kunnen noodzakelijk zijn bij tekenen van infectie
17. Verricht wondcontrole volgens de beschreven adviezen
18. Controleer de checklist bij het ontslag van de postoperatieve patiënt
19. Besteedt voldoende tijd aan de communicatie met de postoperatieve patiënt over het te verwachten traject thuis en geef instructies wanneer zij contact moet opnemen met het ziekenhuis
20. De arts is verantwoordelijk voor een ontslagbrief aan de huisarts

## Bronnen

1. Landelijke Richtlijn Antitrombotisch beleid 2016 [[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch\\_beleid/preventie\\_vte/tromboseprofylaxe\\_bij\\_chirurgische\\_patiënten.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/preventie_vte/tromboseprofylaxe_bij_chirurgische_patiënten.html)]
2. Veneuze trombose-profylaxe [iProva richtlijndatabase LUMC]
3. Swab Richtlijn Perioperatieve profylaxe Online [<https://adult.swabid.nl/sites/default/files/2019-09/SWAB%20richtlijn%20perioperatieve%20profylaxe%202019.pdf>]
4. Expert opinion: Medische Microbioloog AZP
5. Protocol: Peri-operatieve profylaxe [iProva richtlijndatabase LUMC]
6. A Randomized Trial of Prophylactic Antibiotics for Miscarriage Surgery, D.Lissauer et al. [<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1808817?articleTools=true>]
7. Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial, I. Goranitis en D. Lissauer et al. [<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930336-5>]
8. Prophylactic antibiotics for vacuum aspiration and dilatation and evacuation [<https://www.ipas.org/clinical-update/english/general-recommendations/prophylactic-antibiotics-for-vacuum-aspiration-and-dilatation-and-evacuation/>]
9. NVOG Richtlijn Het Peroperatief Traject Online [<https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Het-Peroperatieve-Traject-1.0-07-03-2012.pdf>]
10. RIVM richtlijn. Kwaliteitsindicatoren voor de chirurgie Online [<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260101002.pdf>]
11. Richtlijn postoperatief traject Online [<https://www.venvn.nl/media/rvynqnze/richtlijn-postoperatief-traject-autorisatie.pdf>]
12. Protocol Wondzorg Online [iProva richtlijndatabase LUMC]
13. Landelijke Richtlijn Antitrombotisch beleid 2016 [[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch\\_beleid/preventie\\_vte/keuze\\_en\\_duur\\_profylaxe\\_grote\\_ingrepen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/preventie_vte/keuze_en_duur_profylaxe_grote_ingrepen.html)]
14. <https://antibiotica.sr/geslachtsorganen/obstetrie/septische-abortus/>
15. UpToDate. Feb 2020. UpToDate. Pelvic organ prolapse in women: Surgical repair of anterior vaginal wall prolapse. Feb 2020
16. Ishai Levin<sup>1</sup>, Jonia Amer-Alshiek, Amiram Avni, Joseph B Lessing, Abed Satel, Benny Almog. Chlorhexidine and alcohol versus povidone-iodine for antisepsis in gynecological surgery. J Womens Health (Larchmt). 2011 Mar;20(3):321-4.
17. Richtlijn Wondzorg. Federatie Medisch Specialisten Nederland
18. Nansha Xie<sup>1</sup>, Zeyin Hu<sup>2</sup>, Zengjie Ye<sup>3</sup>, Qiong Xu<sup>1</sup>, Jie Chen<sup>4</sup>, Yan Lin<sup>5</sup>. A systematic review comparing early with late removal of indwelling urinary catheters after pelvic organ prolapse surgery. Int Urogynecol J. 2020 Sep 4

<b>Auteurs</b>	Sheran Henar AIOS Rubinah Paidin ANIOS
<b>Akkoord door</b>	Gieta Bhikha Kori, gynaecoloog
<b>Uitgebracht</b>	Mei 2021
<b>Revisie</b>	2026