

Visst finns det risker med ryggbedövning

Men glöm inte fördelarna!

Symtomgivande spinala hematomet efter ryggbedövning är en allvarlig komplikation som kräver omedelbara åtgärder. Incidensen är dock låg, i storleksordningen 1:100 000 i en normalpopulation, men ökar markant hos patienter som tillhör vissa riskgrupper, t ex de som behandlas med antikoagulantia. Införandet av de lågmolekylära heparinerna (LMWH) och den därmed ökade satsningen på förebyggande trombosbehandling perioperativt, i kombination med ett antal rapporter med anmärkningsvärt hög frekvens hematomet [1], har under 1990-talet satt dessa frågor i fokus.

I flera länder har nationella riktlinjer utfärdats avseende ryggbedövning på patienter som behandlas med antikoagulantia [2, 3]. I Sverige pågår utarbetandet av inhemska riktlinjer på uppdrag av Svensk förening för anestesi och intensivvård.

Riskerna belysta på ett didaktiskt sätt

De riktlinjer som presenteras i artikeln på föregående sidor har tillkommit på Läkemedelverkets initiativ och berör enbart ett antikoagulantium: lågmolekylärt heparin. Inlägget sägs visserligen spegla enbart författarnas, David Bergqvist och Lars Wiklund, personliga uppfattningar i frågan, men det faktum att de även är vetenskapliga råd ger givetvis dokumentet en särskild tyngd.

De belyser på ett didaktiskt sätt riskerna med ryggbedövning till patienter som behandlas med LMWH. Som tillräckligt säkert intervall mellan dos och punktion respektive extraktion av kateter har åtta timmar valts. I flertalet länder rekommenderas ett intervall på 10–12 timmar [2, 3], vilket baseras på anti-Xa-aktiviteten, som då anses ha

sjunkit tillräckligt för att medge säker hemostas (en topp ses efter ca 2 timmar; halveringstiden av subkutant LMWH är 3–4 timmar).

Inga »hårddata» finns för eller emot respektive alternativ

Det finns inga »hårda data» som stöder det ena eller det andra alternativet, men det längre intervallet torde medföra mindre blödningsrisk, och med en rimlig grad av planering bör detta kunna tillämpas utan problem (det innebär att varken elektiv inläggning eller extraktion av en epiduralkateter kan ske efter en LMWH-dos som givits samma dag).

Dessutom finns nyligen publicerade studier som indikerar att postoperativ start av LMWH är lika effektiv som den preoperativa vid elektiv kirurgi [4, 5], varför problemet inom en framtid måhända kommer att beröra enbart akuta fall, där en riskavvägning i många fall måste styra terapivalet.

Fördelarna mindre väl framhävda

Tyvärr redovisas mycket lite av de potentiella fördelarna med ryggbedövning, och den viktiga frågan avseende risk mot nytta avfärdas som filosofisk. Mot slutet av artikeln anför författarna dessutom att generell anestesi är »ett fullgott alternativ i de flesta fall». Är generell anestesi ett fullgott alternativ skall detta väljas om det finns minsta ökning av risken för komplikation till en regional anestesi. Denna risk-/nyttaavvägning är enkel och självklar.

Dock finns indikationer för regional anestesi som inte riktigt passar in i detta resonemang. T ex används idag epiduralanestesi så gott som uteslutande för obstetrisk eller postoperativ smärtlindring vid Karolinska sjukhusets anestesi- och intensivvårdsklinik, liksom vid många kliniker över landet. Här är självfallet generell anestesi inget lämpligt alternativ, och de alternativ som står till buds, såsom parenteralt morfin, är i allmänhet underlägsna epiduralanestesi. I enskilda fall kan till och med en väl fungerande epiduralanestesi vara av betydelse för det postoperativa förloppet utöver enbart smärt-

lindring, t ex genom ökad möjlighet till tidig mobilisering och därmed minskad trombosrisk [6].

Detta gäller främst högriskpatienter, dvs just de patienter som regelmässigt erhåller profylax med LMWH (och kanske även behandlas med andra antikoagulantia såsom acetylsalicylsyra eller warfarin). I varje enskilt fall bör anestesologen välja postoperativ smärtlindringsmetod med patientens bästa för ögonen. Då måste en risk-/nyttaavvägning komma in i bilden, vilket kan innebära att valet faller på en epiduralanestesi, även om blödningsrisken är ökad!

Spinalanestesi i obstetrisk praxis

Inom obstetrisk anestesi har ett mer allmänt bruk av spinalanestesi i samband med t ex kejsarsnitt medfört en klar sänkning av maternell mortalitet/morbiditet (visat både i USA och Storbritannien) [7, 8]. Även här måste den ansvarige anestesologen kunna välja denna anestesiform i de fall han anser risken för t ex gastropulmonell aspiration eller svår intubation/ventilation är överhängande, även om patienten faller inom någon av riskgrupperna för spinalt hematomet.

Specifika indikationer för regional anestesi finns

Listan på mer specifika indikationer för regional anestesi, och där sålunda en viss ökad risk för hematomet kan anses acceptabel, kan göras lång. För att endast nämna ett exempel utgör traumatisk lesion av ryggmärgen med tetrapares under vissa omständigheter en stark indikation för ryggbedövning. Under operationer i bäckenregionens organ finns annars risk för kraftiga, till och med livshotande, kardiiovaskulära effekter, s k autonom hyperreflexi [9].

Måhända har författarna förbisett detta när de anför att »Patienten skall (vår kursivering) inte ha någon rygg-sjukdom eller neurologisk sjukdom, särskilt inte involverande de nedre extremiteterna ... »

Med en vid tolkning av begreppet »ryggsjukdom» kan ryggbedövning till och med anses kontraindicerad hos en

Författare

MICHAEL LAGERKRANSER
docent, överläkare

LARS IRESTEDT
docent, överläkare; båda vid anestesi- och intensivvårdskliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

ANNONS

majoritet av de patienter som erhåller trombosprofylax.

Vågar man göra avvikelser?

Även om författarna uttryckligen skriver att »I enskilda patientfall kan riskövertväganden givetvis leda till att man som läkare agerar annorlunda» gör det relativt ensidiga betonet av risker med regional anestesi, liksom det bitvis något kategoriska uttryckssättet under mellanrubriken »Riktlinjer», att man som enskild kliniker undrar om man vågar göra avvikelser från dessa även om man anser det berättigat.

Risken för en spinal blödning hos den antikoagulantibehandlade patienten skall givetvis inte underskattas, men det vore samtidigt olyckligt om patienter undandras optimal behandling på grund av överdriven rädsla för en risk som i det enskilda fallet kanske är liten i förhållande till nyttan.

Referenser

1. Horlocker TT, Wedel DJ. Spinal and epidural blockade and perioperative low molecular weight heparin: smooth sailing on the Titanic. *Anesth Analg* 1998; 86: 1153-6.
2. Tryba M. European practice guidelines: thromboembolism prophylaxis and regional anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 1998; 23: 178-82.
3. Brichant JF, Ickx B, Gautier P, Jaucot J, Vendermeulen E, Vercauteren M. Belgian guidelines concerning drug induced alteration of coagulation and central neuraxial anaesthesia. Highlights in *Regional Anesthesia and Pain Therapy* 2000; 9: 225-30.
4. Hull RD, Pineo GF, Francis C, Bergqvist D, Fellenius C, Söderberg K et al. Low-molecular-weight heparin prophylaxis using dalteparin in close proximity to surgery vs warfarin in hip arthroplasty patients. *Arch Intern med* 2000; 160: 2199-207.
5. Hull RD, Pineo GF, Francis C, Bergqvist D, Fellenius C, Söderberg K et al. Low-molecular-weight heparin prophylaxis using dalteparin extended out-of-hospital vs in-hospital warfarin/out-of-hospital placebo in hip arthroplasty patients. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2208-15.
6. Urwin SC, Parker MJ, Griffiths R. General versus regional anaesthesia for hip fracture surgery: a meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth* 2000; 84: 450-5.
7. Hawkins JL, Koonin LM, Palmer SK, Gibbs CP. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. *Anesthesiology* 1997; 86: 277-84.
8. Crowhurst JA, Plaaf F. Why mothers die - report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994-96. *Anaesthesia* 1999; 54: 207-9.
9. Hambly PR, Martin B. Anaesthesia for chronic spinal cord lesions (review). *Anaesthesia* 1998; 53: 273-89.

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. 80 sidor. 75 kr.

■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

■ LUNGCANCER

Kunskaperna om lungcancers biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter. Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. 36 sidor. 60 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer ex Missöden, misstag, missbruk
..... ex Våld och aggressivitet ex Lungcancer
..... ex Enligt min erfarenhet

Namn

Adress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19