

Diagnostisk lumbalpunktion – vi bör eftersträva användning av tunna, icke-skärande nålar

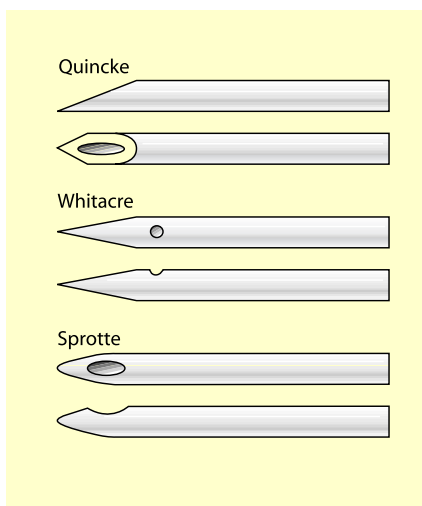
Neurologen Mattias Linde och Carl Dahlöf gjorde i Läkartidningen 6/2004 (sidorna 446-9) en grundlig genomgång av kunskapsläget avseende vila efter lumbalpunktion och konkluderade att patienter rutinmässigt kan mobiliseras direkt efter punktionen med undantag för patienter som haft huvudvärk under veckan före ingreppet. De sistnämnda patienterna föreslås kunna få vila 1–2 timmar efter punktionen efter eget beslut föregånget av information från läkaren. Författarna nämner också att man hos denna patientgrupp bör gå ner i nålkaliber och använda icke-skärande nålar.

I Läkartidningen 12/2004 (sidorna 1121-2) kommenterar anestesioleger i två olika inlägg (Gunnar Green respektive P-G Rösblad och medarbetare) ovanstående artikel och betonar vikten av att framförallt minska frekvensen postpunktionell huvudvärk genom att rutinmässigt använda tunna icke-skärande nålar. I en replik i samma nummer (sidan 1123) motsätter sig inte Linde och Dahlöf att tunnare icke-skärande nålar används men ser ett problem i att tryckmätning då inte kan utföras. De anser också att valet av nåltyp bör styras av punktörens skicklighet och vägas mot kostnaden.

I ytterligare ett inlägg i Läkartidningen 34/2004 (sidan 2594) av anesthesiologen Michael Lagerkranser rekommenderas användning av tunn icke-skärande nål, åtminstone hos patienter yngre än 50 år, för att minska risken för postpunktionell huvudvärk, men eventuellt också hos äldre patienter för att minska risken för postpunktionell ryggvärk. Han refererar till en randomiserad studie vid spinalanestesi där icke-skärande nål (Whitacre) jämfördes med skärande nål (Quincke) [1]. Den använda nåldiametern i denna studie var 25G i över 90 procent av fallen.

Whitacre-nål 25G

Undertecknad neurolog har sedan närmare tre år tillbaka rutinmässigt använt Whitacre-nål med nåldiameter 25G i samband med diagnostisk lumbalpunktion på vuxna neurologpatienter huvudsakligen i öppen vård. Tidigare användes skärande nål (Quincke) med diameter 22G. Byte till Whitacre-nål gjordes efter litteraturstudier och syftet var att minska frekvensen av postpunktionell huvudvärk. Sedan tidigare hade rutinen med planläge efter lumbalpunktion från gått. Någon registrering av antalet lumbalpunktioner eller systematisk uppfölj-



En skärande nål (överst) och två pencil point-nålar (underst). Bild ur boken »Anestesi« av Matts Halldin och Sten Lindahl (Liber, 2000).

ning av eventuella postpunktionella besvär har inte gjorts efter byte av nåltyp. Antalet gjorda lumbalpunktioner uppskattas till ca 20 per år.

Jag har använt Whitacrenål till alla åldersgrupper och inte erfårit några avgörande tekniska skillnader avseende punktionen mellan yngre och äldre patienter. Punktionen har gjorts med patienten i sittande för att få en acceptabel dropphastighet. Efter lokalanestesi i huden har jag använt ledare innan den mandrinförsedda nålen förts in i spinalkanalen. Eftersom nålen är av »pencil point«-typ och icke skärande känns motståndet vid penetration av vävnaderna med nålen något annorlunda och trögare än vid punktion med Quinckenål, men sammantaget känns förfarandet ändå som mindre »traumatiskt«.

I enstaka fall, oftast hos äldre patienter, har jag tvingats gå över till traditionell nål (Quincke 22 G) för att kunna genomföra punktionen. Ett fall av postpunktionell huvudvärk har kommit till min kännedom och drabbade en 28-årig kvinna efter punktion utförd med Whitacre-nål. Besvären föranledde dock ingen kontakt med sjukhuset eller specifik åtgärd och vek efter 3 dygn.

Villkor

Tunn icke-skärande nål bör kunna användas hos en stor andel av de patienter som lumbalpunkteras av neurolog. Ett krav är dock att patienten kan klara att sitta upp under punktionen (eventuellt med assistans) eftersom dropphastigheten i liggande blir för låg.

Om tryckmätning är indicerad måste punktionen göras i liggande, och i den situationen torde det vara en fördel att använda nåldiametern 22G. Om större volym spinalvätska krävs för speciella analyser, t ex vid infektions- och demensutredningar, kan det likaledes vara motiverat att använda grövre nål (22G) för att få högre dropphastighet. Andelen patienter där tryckmätning är indicerad är enligt min erfarenhet liten och bör inte leda till att användningen av tunna, icke-skärande nålar förkastas för andra större patientgrupper.

Kostnaden för en Whitacre-nål (25G) är högre än för en Quincke-nål (22G) (47 respektive 9 kr) men detta uppvägs enligt min uppfattning av minskad risk för obehag efter punktionen och därmed förknippade kostsamma åtgärder som eventuell sjukskrivning och epidural »blood patch«.

Kunskapsläget

Man kan naturligtvis önska att ytterligare studier genomfördes avseende olika faktorerens betydelse för uppkomst av postpunktionella besvär efter diagnostisk lumbalpunktion. Redan i dagsläget finns dock en hel del fakta som legitimerar användningen av tunna, icke-skärande nålar även vid diagnostisk lumbalpunktion. Det borde vara fullt möjligt för t ex neurologspecialister att kunna använda sig av båda nåltyperna efter behov, och ST-läkaren borde kunna tillägna sig färdigheten under specialistutbildningen.

Annemarie Torstensson

med dr, överläkare, medicinkliniken,
Vrinnevisjukhuset, Norrköping
Annemarie.Torstensson @lio.se

Referens

1. Eriksson AL, Hallén B, Lagerkranser M, Persson E, Skölderfors E. Whitacre or Quincke needles – does it really matter? Acta Anaesthesiol Scand. 1998;42: Suppl 113:17-20.