

## Risk för toxicitet med lokalanestetika på små barn

■ När man dagligen arbetar med små barn vet man att det finns påtagliga risker med att använda lokalanestetika (LA). Man måste alltid beräkna dosen i relation till kroppsvikt. Särskilt gäller detta barn under 10 kg som lätt uppnår toxicisk dos. Har ett barn fått t ex en sakral blockad kan man inte dessutom ge lokal injektion utan att räkna väldigt noga på total dos.

HSAN-beslutet 1576/07 (se LT 14/2008, sidan 1022) innehåller inte tillräcklig mängd fakta för att i detalj möjliggöra kommentar kring handläggningen. Framför allt har man i beslutet inte tydligt framhållit varför det uppstått en livshotande situation – med andra ord varför man finner anledning till kritik.

Vi finner att beslutet är otydligt formulerat (flera sakfel föreligger i texten) och att kritiken uttrycks mot fel företeelse. Det som ska kritiseras är inte själva användandet av Xylocain i gastrostomistomat för att byta nutritionskateter, utan det faktum att man inte insett att den givna mängden innebar en risk för toxicitet, och att det därför fanns anledning att behålla pojken för observation över natten.

**Vi vill poängtera allvaret** i den uppkomna situationen och starkt varna för ett okritiskt

bruk av lokalanestetika till små barn. Självklart ska LA användas för smärtlindring när det behövs. Detta kräver en omsorgsfull kalkylering av dos, så att risk för andningsdepression eller kramper inte ska uppstå. Därför finner vi det nämnda beslutet av HSAN slarvigt formulerat och kritiserande fel missbedömning. Vi saknar adekvat kompetens bland de sakkunniga.

I det aktuella fallet har man vid akut byte av en gastrostomikateter på en 3-årig pojke med ett ovanligt missbildningssyndrom (CHARGE) använt Xylocain-gel för att smörja kanalen och samtidigt bedöva stomat. Sannolikt har en betydande mängd hamnat i magsäcken och därmed resorberats – men volymen/mängden kan inte fastställas av den information som finns i ärendet.

**Dessutom anges** en blodkoncentration av lidokain som inte är relevant, då den inte analyserades i samband med den förmodade intoxikationen utan nästa morgon. Här har man gett Xylocain i stomat, därefter Stesolid rektalt, och slutligen då gossen ett par timmar senare återkom till sjukhuset har man återigen gett Xylocain lokalt när en ven skulle friläggas. Efter alla dessa procedurer – oklart hur långt senare – tar man blod-

koncentrationen och finner en icke toxicisk dos.

**I vuxensjukvården** behöver man sällan överväga given mängd LA, emedan marginalen till toxicitet är stor. I det aktuella fallet har en vuxenläkare behandlat ett litet barn. Situationen har inte varit rutinartad, utan detta skedde vid en akutmottagning på ett sjukhus utan särskild barnkompetens, och där man inte regelbundet handlägger barn med gastrostomi. Man har uppenbarligen inte reflekterat över att mängden kan bli toxicisk. Dessutom framgår det att man gett Xylocain-gel mer än en gång utan att notera volym.

Vi finner att redovisningen av fallet är ofullständig och fruktar att man även i bedömningen av situationen underlåtit en saklig bedömning om varför det uppstod en kritisk situation. Inom barnsjukvården är det en självklarhet att man på små barn måste vara väldigt restriktiv med lokalanestetika.

Det är i sin ordning att fallet kritiserades, men vi anser att det skett på fel grunder. Felet är inte att man använder lokalanestetika i stomat, för det görs ofta inom barnsjukvården. Det som ska kritiseras är att man efter avslutad procedur inte inser att det kan föreligga risk för en överdosering.

Pojken borde ha stannat över natten för observation! Detta har man inte beaktat i beslutet! Man kan självklart använda Xylocain eller annat lokalanestetikum när så behövs, även vid tillsyn av gastro- eller enterostomier, med noggrann avvägning av när gränsen för toxicisk dos uppnås.

**Domen ger fel slutsats** och behöver av den anledningen omformuleras! Vi inom styrelsen för Svensk barnkirurgisk förening finner starka skäl att här kritisera HSAN för en slarvig handläggning och osaklig argumentation bakom beslutet att ge varning till aktuell läkare.

Det är anmärkningsvärt att man avkunnat en fällande dom för en situation som faktiskt skulle kunna vara orsakad av patientens egen grundsjukdom. Ska vi lära av inträffade incidenter är det ytterst viktigt att utredning och beslut är sakliga och förankrade i den sjukvårdsvardag vi befinner oss i. Var fanns sakkunnig bedömning av barnläkare eller barnkirurg i det aktuella fallet?

*För Svensk barnkirurgisk  
förenings styrelse*



**Gunnar Göthberg**  
ordförande, Göteborg  
gunnar.gothberg@  
vgregation.se