
Spinalanestesi ved dagkirurgi?

REDAKSJONELT

FLAATTEN H

Helt siden spinalanestesi ble tatt i bruk av den tyske kirurgen Bier i 1898 har man vært klar over at hodepine kunne oppstå postoperativt (1). Hodepinen har ett karakteristisk særtrekk: Den er stillingsavhengig. Smertene er mest intense i oppreist stilling, og lindres i flatt leie. Denne spinalhodepinen (som mer korrekt burde kalles durapunksjonshodepine) er velkjent så vel etter spinalanestesi som etter myelografi og diagnostisk spinalpunksjon.

ALTERNATIV TIL SPINALANESTESI

Det at anesthesiologer har alternativer til spinalanestesi, gjør at bruken ofte diskuteres. Ønsker man å unngå generell anestesi, kan både perifere nerveblokader og epiduralanestesi være gode alternativer. Nyereinhalasjonsanestetika og intravenøs anestesi er godt egnet der generell anestesi er ønsket (2). Hvilke kvaliteter er det da ved spinalanestesi som gjør denne til et aktuelt alternativ også i 1997?

Den første har spinalanestesi felles med andre typer regionalanestesi. Pasienten kan i spinalanestesigjennomgå et kirurgisk inngrep uten (eller med minimal) mental påvirkning. Å være våken under operasjonen uten å kjennesmerte eller ubehag er et ønske hos mange pasienter. Regionalanestesi er teknisk enkel og krever ikke bruk av assistert ventilasjon eller kunstig luftvei. Så snart den motoriske blokade er borte, kan de fleste pasienter utskrives tilsengpost eller hjem. Valg av lokalanestesimiddel avgjør som regel hvor lang tid dette tar. Vanligvis er også regionalanestesi billigere enn intravenøs anestesi og inhalasjonsanestesi, spesielt gjelder dette for spinalanestesi.

Spinalanestesi har også fordeler sammenliknet med epiduralanestesi. Intratekalt er nervefibrene uten myelinskjede og derfor lettere tilgjengelig for lokalanestetika. Mengden kan av den grunn reduseres betydelig i forhold til epidural injeksjon. Den sensoriske og motoriske blokade blir ofte mer komplett, og det tar kortere tid til fulleffekt av blokaden. Faren for lokalanestesiforgiftning er langt på vei eliminert sammenliknet med epiduralanestesi fordi total mengde er så liten. Punksjonsteknikk er metoden i tillegg enklere, og det kan være lettere å tilegne seg spinalanestesi enn epiduralanestesi.

Alvorlige komplikasjoner etter spinalanestesi forekommer meget sjelden. Derfor er spinalhodepine blitt argumentetsom hyppigst anvendes mot fortsatt bruk av spinalanestesi, selv om også andre forbigående postoperative problemer kan inntre. Det vises i den sammenheng til melding fra Statens legemiddelkontroll vedrørende bruk av hyperbar lidokain vedspinalanestesi (3). Spinalhodepine oppstår fordi det blir et lavt trykk i spinalvæsken, noe som skyldes lekkasje av cerebrospinalvæske gjennom riften spinalnålen lager i dura (4). Et lavt spinalvæsketrykk gir drag på hjernehimnene, som trolig er årsaken til hodepinen. Denne forverres i oppreist stilling.

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to etterundersøkelser av pasienter som fikk spinalanestesi ved dagkirurgi. I undersøkelsen til Forsdahl oppgav ni pasienter (28%) at de hadde intens hodepine etter hjemkomsten (5). Andre opplysninger om hodepinen foreligger ikke, og det er ikke oppgitt hvilken spinalnål som ble brukt. Wisborg & Brattebø (6) fant i sin undersøkelse av 120 pasienter at bare én utviklet spinalhodepine etter hjemkomsten. I denne gruppen ble 27 gauge nål (0,4 mm ytterdiameter) rutinemessig brukt. At 93% av pasientene kunne tenke seg spinalanestesi igjen tyder på at de er godt fornøyd med denne anestesiformen.

Det er mange faktorer som disponerer for utvikling av spinalhodepine (7). Det er imidlertid bare to forhold som har stor betydning når målet er å redusere denne vanligvis ufarlige, men plagsomme, følge av durapunksjon: nålens ytterdiameter, og utforming av spissen. Brukes tynn nok nål, er det flere rapporter om frekvens av spinalhodepine på under 1% (8). Jo tykkere nål, desto hyppigere forekomst av hodepine.

Riften nålen lager i dura har også betydning. Det er vist at nåler med konisk spiss (som en blyant) lager mindrerift i dura enn en skjærende nål (Quincke-nål) som vanligvis brukes ved durapunksjon (9). Slik kan lekkasje av cerebrospinalvæske reduseres og derved også risikoen for spinalhodepine.

HOLDNINGER TIL SPINALANESTESI

I sin artikkel presenterer Wisborg & Brattebø (6) også oppfatninger i norske anestesivdelinger til bruk av spinalanestesi ved dagkirurgi. Miljøet er delt, ved at 46% av anestesivdelingene regelmessig bruker spinalanestesi i en slik sammenheng. Mange avdelinger har nedre aldersgrenser for spinalanestesi, og de fleste bruker tynne nåler som rutine. Det virker som om de fleste praktiserer en teknikk ved spinalanestesi som er i tråd med dagens anbefalinger.

Ved mange avdelinger er man imidlertid fortsatt konservative ved å bruke nedre aldersgrenser det finnes få holdpunkter for å anvende. Det finnes heller ikke god dokumentasjon på at pasienter etter durapunksjon er mer utsatt for hodepine om de sendes hjem samme dag (10). Det finnes imidlertid gode studier som viser at tid til mobilisering etter durapunksjon ikke har betydning for frekvens av spinalhodepine (11). Det hjelper altså ikke å la pasientene ligge etter at den motoriske blokade er over.

ANBEFALINGER

Der det kirurgiske inngrep tillater bruk av spinalanestesi, er dette et godt alternativ også ved dagkirurgi. En forutsetning for bruk av spinalanestesi til pasienter under 50 år er bruk av tynne nåler (27 gauge nål eller tynnere). Brukes tykkere nåler, bør nål med ikke-skjærende spiss (såkalt blyantspissnål) brukes. Spinalhodepine vil til tross for disse forholdsregler likevel kunne oppstå. Av den grunn bør pasientene opplyses om dette i forbindelse med informasjon om inngrep og anestesi. Hvis hodepinen ikke gir seg raskt,

eller er så kraftig at pasienten må være til sengs, børpasienten oppfordres til å ta kontakt med sykehuset. På denne måten vil avdelingen få et bedre inntrykk av den reelle forekomsten av hodepine etter spinalanestesi. Avdelinger med ansvar for poliklinisk spinalanestesi må raskt kunne tainn og behandle pasienter med mistanke om spinalhodepine.

Hans Flaatten

LITTERATUR

1. Lassner J. Local anaesthesia, early history. I: Scott DB, McClure J, Wildsmith JAW, red. Regional anaesthesia 1884-1984. Södertälje: ICM AB, 1984: 18.
2. Ræder J. Propofol anaesthesia versus paracervical blockade with alfentanil and midazolam sedation for outpatient abortion. Acta Anaesthesiol Scand 1992; 36: 31-7.
3. Buajordet I, Gramstad L. Nevrologiske bivirkninger etter spinalanestesi med hyperbar lidocain 50 mg/ml. Nytt om legemidler 1996; nr. 8: 157-8.
4. Tourtellotte WW, Henderson WG, Tucker RP, Gilland O, Walker JE, Kokman E. A randomized double blind clinical trial comparing the 22 versus 26 gauge needle in the production of the post-lumbar puncture syndrome in normal individuals. Headache 1972; 12: 73-8.
5. Forsdahl BA. Dagkirurgi og pasienterfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1308-10.
6. Wisborg T, Brattebø G. Spinalanestesi ved dagkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1267-9.
7. Kaukinen S, Kaukinen L, Kannisto K, Kataja M. The prevention of headache following spinal anaesthesia. Ann Chir Gynaecol 1981; 70: 107-11.
8. Flaatten H, Rodt SÅ, Vamnes J, Rosland J, Wisborg T, Koller ME. Postdural puncture headache. A comparison between 26- and 29 gauge needles in young patients. Anaesthesia 1989; 44: 147-9.
9. Halpern S, Preston R. Postdural puncture headache and spinal needle design: metaanalyses. Anesthesiology 1994; 81: 1376-83.
10. Nestvold K. Influence of lumbar puncture needle size on postpuncture complication. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 98: 569-70.
11. Jones RJ. The role of recumbency in the prevention and treatment of post-spinal headache. Anesth Analg 1974; 53: 788-96.

Publisert: 10. april 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.