

# RUTIN Riktlinjer för remiss till anestesi

Utfärdat av	Godkänt av	Datum
Irene Sellbrant ÖL	Ove Karlsson VÖL Monika Eriksson-Orrskog VÖL Ulla-Britt Wennerholm VÖL	2011-05-03

## Bakgrund

Anestesins involvering i förlossningsvården ökar. Kejsarsnittandelen ökar liksom patienters önskan om regionalanestesi i samband med vaginal förlossning. Till detta tillkommer postpartum ingrepp som ex blödningar, placentalösningar och rupturer. Kvinnor med allvarliga sjukdomar som är kända vid graviditetens början är i samband med förlossning i behov av antenatal anestesi- och intensivvård samt planering av ev intensivvård.

## Syfte

- Att redan tidigt i graviditeten fånga de patienter som har stor risk för anestesiologisk komplikation och ge dem den preoperativa bedömning som de har rätt till inför ett ev invasivt ingrepp.
- Öka patientsäkerheten för både moder och barn samt minska komplikationsriskerna.
- Minimera antalet onödiga och felaktiga remisser.

## Åtgärd

- Remiss för Anestesiologisk bedömning efter läkarbedömning på Mödravårdscentral.
- Alla telefonnummer till patienten skall finnas angivna på remissen.
- Telefonförfrågan är välkommen på vår dagjourstelefon måndag-fredag kl 09.00 – 15.30.  
Tfn: 343 4198
- Adress: Vederbörande anestesiolog, KK-Operation, An/Op/Iva, Område 2, SU/Östra

## Övrigt

- Remissen kan även vara en förfrågan om handläggning av en patient läkarkollegor emellan eller enbart en information om att denna patient snart blir aktuell.
- Att remiss skickats till oss behöver inte alltid innebära att vi kallar patienten till besök utan telefonsamtal med patienten kan vara tillräcklig information för en bra bedömning.
- Remisserna ska skrivas och besvaras i Obstetrix för att finnas lätt tillgängliga för all personal inklusive jourhavande anestesiolog som kan komma att arbeta med patienten.

## Nedanstående patientgrupper är tänkta som en vägledning.

### Adipositas

- Dessa patienter är ett ökande problem generellt inom vården idag. En kraftig övervikt innebär stora anestisirisker.
- Patienter med ett BMI >40 vid inskrivningen på MVC önskar vi träffa tidigt i graviditeten för samtal angående risker vid anestesi.
- Remiss kan skrivas av barnmorska om patienten för övrigt är helt frisk.

## Allergier

- De patienter som tidigare reagerat med allergisk reaktion på lokalanestetikum (mycket ovanligt) eller anestesimedel. Noggrann anamnes är viktigt och vid behov av allergiutredning, remiss till Allergologen av MVC.

## Blödningsbenägna patienter

- Patienter med medfödd eller förvärvad blödningsbenägenhet ska vara bedömda av koagulationsexpert. För dessa patienter kan det finnas begränsade möjligheter till regionalanestesi. Blödningsrisk kan föreligga i samband med operativt ingrepp. Dyra läkemedel med begränsad tillgänglighet kan komma att behövas.
- Patienter som under graviditeten står på Fragminbehandling behöver ej som regel remiss till oss eftersom de redan finns klara riktlinjer skrivna från SFAI för dessa patienter.

## Endokrina sjukdomar

En stor grupp patienter där långt ifrån alla behöver remiss till oss. Exempel på patienter vi önskar känna till är:

- Binjurebarksinsufficiens med substitutionsbehandling.
- Hypofystumörer med större endokrina rubbningar som kräver speciell substitutionsbehandling.
- Thyreotoxikoser som ej blivit helt färdigbehandlade.
- Feokromocytom.

## Hjärtsjukdomar

- Kongenitala hjärtmissbildningar, såväl åtgärdade som icke åtgärdade. Remiss för kardiologbedömning ex GUCH-mottagning (Grown Up Congenital Heartdisease) skall finnas. Även om patienten har god funktion behöver vi göra vår bedömning. Mindre defekter kan kvarstå som kan ha betydelse vid stor blodförlöst eller luftvandring i droppslangar. Många av dessa patienter har vi vårdkonferens om.
- Pat som i samband med tidigare förlossning fått hjärtpåverkan ex hjärtinfarkt, kardiomyopati. Remiss till kardiolog och UCG ska skrivas samtidigt.
- Klaffvitier såväl åtgärdade som icke-åtgärdade. Eventuell antikoagulantibehandling kan ha betydelse för regionalanestesi. Remiss till kardiolog och UCG ska skrivas samtidigt.
- Arytmisjukdomar med behandling. Remiss till kardiolog skall skrivas samtidigt.

## Lungsjukdomar

- Svår astma eller KOL. Generell anestesi kan bli komplicerad.
- Upprepade spontanpneumothoraxer. Felaktig respiratorinställning vid generell anestesi kan ge svåra komplikationer.
- Andra kongenitala eller ovanliga lungsjukdomar av betydelse.

## Malign hypertermi

Är en hereditär allvarlig sjukdom som kan utvecklas under eller strax efter anestesi hos predisponerade personer. Tillståndet är livshotande och det är därför av yttersta vikt att dessa patienter remitteras till oss. Motgift finns bara disponibelt på några få ställen i Göteborg av ekonomiska skäl. Anestesiapparat måste förberedas (tar ca 20 min) för att sedan kunna användas på ett säkert sätt till dessa patienter.

## Missbruk

Patienter med ett känt pågående missbruk av läkemedel, droger el alkohol. Vi önskar även träffa de som tidigare haft ovanstående beroenden och som i samband med smärta kan riskera ett återfall i sitt missbruk. Tillsammans med patienten och ev behandlande läkare på beroendekliniken lägger vi upp en individuell smärtlindringsplan.

## Neuro/Muskulära Sjukdomar

- MS (Multipel skleros) En patientgrupp som idag erbjuds flera moderna terapiförslag mot sjukdomsskov. Framgångsrik forskning finns tillgänglig och det är viktigt att vi träffar patienten för diskussion inför förlossningen angående för och nackdelar med olika former av regionalanestesi.
- MG (Myastenia gravis) Denna patientgrupp har en abnorm uttröttbarhet i tvärstrimmig muskulatur. Sjukdomen kan behandlas framgångsrikt men det är för oss av yttersta vikt att känna till patienten i tid inför all anestesi för att undvika komplikationer.
- Svår EP (Epilepsi) med fler än 2 st behandlingsterapier eller terapiresistens.
- Kongenitala missbildningar ex myelomeningocele.
- Muskeldystrofier, inklusive sjukdom hos nära anhörig. Dessa patienter kan löpa risk för att utveckla Malign hypertermi under generell anestesi.
- Övriga svåra sjukdomar inom denna grupp. Det finns många ovanliga fall. De flesta har en regelbunden kontakt med Neurolog som också ska konsulteras inför förlossningen.

## Porfyri

Porfyri är sjukdomar som beror på genetiskt betingade enzymdefekter i hemsystemet. Utmärkande för dem är att arv och miljö samverkar så att symtom kan utlösas av omgivningsfaktorer och läkemedel. Dessa patienter skall remitteras till oss för att undgå allvarliga manifestationer av sin sjukdom i samband med generell anestesi.

## Reumatiska sjukdomar

- Patienter med käkledsbesvär som medför begränsad gapförmåga eller reumatiska nackbesvär som inskränker förmåga till bakåtböjning löper risk för svår intubation. I det senare fallet är aktuell röntgen halsrygg viktig.
- Patienter som har stora svårigheter att runda lumbalryggen och därför löper komplikationsrisk i samband med anläggning av regionalanestesi.

## Ryggbesvär

- Lumbago, lindrigare skolios eller foglossning är ingen kontraindikation för EDA eller spinal. Patienterna behöver **ej** komma för preoperativ bedömning. Kan vara svårare att få patienten i optimalt läge för att kunna utföra ingreppet och därmed en viss risk för en suboptimal effekt av smärtlindringen. Regionalanestesi har heller ingen säker smärtlindringseffekt på dessa ryggåkommor.
- Patienter som genomgått operativa ingrepp i ryggen med främmande material kan behöva bedömas av behandlande ortoped/neurokirurg inför vårt ställningstagande till regionalanestesi.
- Patienter med grav skolios behöver vi se och även informera om risker för komplikationer samt suboptimal effekt av regionalanestesi.
- Aktuella ryggbesvär med neurologisk påverkan som ej blivit bedömda av ortoped/neurolog först är omöjliga för oss att göra en bedömning av. Säkerställda (CT el MRT) diskbråck i nivån Th 12 till L5 som är äldre än 2 år och som inte har någon progredierande neurologi bör inte vara något hinder för regionalanestesi. Däremot har en EDA större risk för suboptimal effekt ffa för de patienter som behandlats med operativt ingrepp i ryggen.

## Övrigt

- Patienter med stor risk för svår intubation kan löpa stora risker vid generell anestesi. Tex patienter med begränsad gapförmåga pga anomali i ansiktet eller halsen, plastikoperationer efter medfödda missbildningar, tumörer, brännskador och strålningsskador.
- Patienter med annan grav organpåverkan av betydelse ex lever eller njurinsufficiens.
- Patienter med transplanterade organ.
- Patienter med tumörsjukdomar som nyligen genomgått strålning eller cellgiftbehandling.
- Cystisk fibros.
- Svåra autoimmuna sjukdomar med svår organpåverkan ex SLE.
- Patienter med psykiatrisk sjukdom av den art och dignitet att ett förberedande info-samtal bör ske om ex tillvägagångssätt vid nålsättning, regionalanestesi eller dylikt.
- Problem av betydelse vid tidigare anestasier.

## Åkommor som ej kräver remiss

- Tatueringar på ryggen. Dessa är aldrig en kontraindikation för regionalanestesi. Är tatueringen mycket stor och tät skär vi bort en mycket liten hudbit där sticket ska göras och sätter sedan en sutur. Det medför på sin höjd en liten kosmetisk försämring av tatueringen.
- Lumbago, lindrigare skolios och foglossning. Var god se ryggbesvär.
- För patienter som ej accepterar blodprodukter finns det ett speciellt klinikövergripande vårdprogram.

## Smärttillstånd efter nyligen genomgången regionalanestesi

- Postspinal huvudvärk uppkommer som regel 1-3 dygn efter durapunktion och kan vara rejält funktionsnedsättande. Oftast befinner sig patienten fortfarande kvar på sjukhuset. Dessa patienter behöver remiss för adekvat behandling av oss.
- Mer specifika besvär från instickstället försvinner oftast inom någon vecka.
- Den vanligaste orsaken till neurologiska besvär är föregående fosterdels tryck mot lumbala och sakrala plexa. Sådana patienter måste först genomgå en sedvanlig rygg och neurologiundersökning av patientansvarig läkare för att utesluta annan orsak än regionalanestesi.

## Referenser

- SFAI's (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) riktlinjer för anestesi, intensivvård och smärtbehandling. Kapitel: Obstetrisk anestesi och intensivvård. [www.sfai.se](http://www.sfai.se)
- OAA, Obstetric Anaesthetists' Association, Guidelines.
- Obstetric Anesthesia, Principles and Practice, Third Edition, Chestnut, Chapter 29.
- Läkartidningen nr 36 2007, Volym 104, s 2500-2505.
- Can J Anesth, 2005/52:5/pp 454-458.
- Saving Mothers' Lives 2006-2008, 2011, CMACE.
- Maternal obesity in the UK, Executive Summary and Key Recommendations, 2010, CMACE.