

## **4. Anestesi til gravide med revmatisk sykdom.**

**Seksjonsoverlege Stein Dragsund, Anestesiavd, St Olavs Hospital**

Spinal- og epidural-bedøvelse kalles regional-bedøvelse eller -anestesi (pasienten er ved bevissthet, bare aktuell region av kroppen er bedøvet). Generell bedøvelse eller anestesi vil si at pasienten ikke er bevisst og pasientens luftveier og blodsirkulasjon må kontrolleres av anestesi personalet.

Hvilken forløsningsmåte, vaginal eller keisersnitt, som velges hos den enkelte pasient må avgjøres av fødselslege i samarbeid med pasient.

Ved vaginal forløsning kan epidural smertelindring være aktuelt. Smertelindring og ikke bedøvelse, fordi det velges en lettere type bedøvelse som lindrer smertene, men ikke fjerner alt ubehag. Den gravide behøver ikke å være fastende for dette. Epidural-bedøvelsen settes etter lokalbedøvelse i huden og kjennes som et ordinært sprøytstikk. Det legges inn et tynt plastkateter som en så kontinuerlig kan fylle på bedøvelse.

Ved sectio er generell narkose eller spinal-bedøvelse aktuelle. Generelt er regional-bedøvelse tryggere enn generell bedøvelse til gravide som skal forløses med keisersnitt. Anestesilegene og fødselslegene vil gå inn for regional-bedøvelse så sant det er mulig, og det aksepteres av den gravide.

Ved spinal-bedøvelse kjennes et ordinært sprøytstikk i korsryggen. Bedøvelsen virker straks, og den gravide blir vanligvis bedøvet fra tærne og opp til brystene.

Som regel er ikke forandringer i skjelett og leddbånd til hinder for å sette regional-bedøvelse.

Ofte bruker disse pasientene medikamenter som virker inn på blodets koagulasjon (acetylsalicyl-preparater, NSAID). Dette gjør at anestesileger er på vakt med hensyn til utvikling av spinale eller epidurale hematomer i forbindelse med spinal- eller epidural-bedøvelse. Om det er sannsynlig med regionalbedøvelse, må ikke pasienter som bruker slike preparater settes på lavmolekylært heparin i tillegg (trombose-profylakse) uten at det er absolutt indisert. Foreligger det mistanke om økt blødningstendens skal det minimum tas INR og trombocytter. (Se for øvrig konsensus uttalelse fra Norsk Anestesiologisk Forening under [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no))

Alle pasienter med revmatoid arthritt og mb. Bekhterev og andre generaliserte arthritter skal ha gjort funksjonsbilde av cervikalcolumna i rimelig tid før termin. Dette gjelder selv om de ikke har symptomer på nakke-plager. Og de skal vurderes av anestesilege om det foreligger instabilitet eller bevegelsesinnskrenkning i nakken og/eller ved redusert gapeevne. Disse forholdene kan få fatale konsekvenser ved evt. akutt sectio og innledning av generell anestesi (pasienten må intuberes og anestesipersonellet må manipulere hode/nakke og visualisere luftveisinngangen for plassering av tuben). Og i og med at en ikke vet på forhånd behovet for akutt sectio, bør alle være vurdert med hensyn til dette før termin. Om det foreligger alvorlige forandringer, bør det i samråd med fødselslege evt planlegges elektiv sectio i regional-bedøvelse.

Om det foreligger restriktiv eller kombinert restriktiv-obstruktiv lungesykdom som kan øke risikoen ved generell bedøvelse, er det best om alvorligheten av denne kartlegges på forhånd slik at eventuelt elektiv sectio kan planlegges i regional-bedøvelse (konsultasjon av lunge-medisiner og spirometri).