

## Meget få patienter skal pausere med lægemidler i forbindelse med anæstesi

Generelt skal kirurgiske patienter tage deres sædvanlige medicin før anæstesi. Dette er særlig vigtigt, når det drejer sig om analgetika og antidepressiva, men også om midler mod astma, Parkinsons sygdom og andre sygdomme, hvor selv en kort pause kan medføre stærkt generende symptomer. For medikamenter som f.eks. antidiabetika foreligger der retningslinjer, der har til formål at tilgodese både medicinske og kirurgiske aspekter.

I nogle situationer må man imidlertid på tværs af specialer beslutte, hvad der samlet set giver den laveste risiko for komplikationer. Hyppigst har man dette problem hos patienter, der er i antitrombotisk behandling, hvor den perioperative periode giver øget risiko for både blødning og tromboemboliske episoder [1]. Frygten for øget blodtab har f.eks. betydet, at patienter pauserer en nødvendig forebyggende behandling mod trombose af koronare stent, hvilket aldrig bør ske uden forudgående konference med kardiologisk ekspertise. Omvendt kan der opstå spinale hæmatomer hos patienter, der er i antitrombotisk behandling, hvis de får spinal- eller epiduralanæstesi, og indikationen for sidstnævnte skal derfor afvejes mod brugen af universel anæstesi, som ofte er at foretrække i disse situationer.

Angiotensinkonverterende enzyminhibitorer og angiotensinreceptorblokkere er en udfordring, idet kredsløbspåvirkningen ved anæstesi hos patienter, der får disse medikamenter, kan blive meget udtalt – med risiko for kredsløbskollaps. En pausering kan på den anden side medføre henholdsvis blodtrykstigning og tiltagende symptomer på hjertesvigt. I dette nummer af Ugeskrift for Læger fokuserer *Mads Konow Bøgebjerg* på den mangel på konsensus, der karakteriserer holdningen til brugen af disse stoffer ved specielt spinalanæstesi [2]. Forfatteren spurgte både en række videnskabelige selskaber og danske anæstesiafdelinger om deres holdning. Konklusionen var, at der er meget få nedskrevne retningslinjer, og at patienterne må vurderes individuelt. Dette stemmer overens med mangel på publicerede, velgennemførte studier, der kan vejlede os. På den anden side anfører *Mads Konow Bøgebjerg*, at der ikke synes at være et større problem, idet ingen af de

adspurgte havde registreret kredsløbskollaps i den relevante patientgruppe. Generel anæstesi synes desuden at være relativt uproblematisk [3, 4].

Her er det på sin plads at skelne mellem komplikationer og hændelser. Sidstnævnte anses blot for en del af et forløb. Blodtryksfald er ikke i sig selv en komplikation, og det forekommer i øvrigt særdeles hyppigt ved spinalanæstesi. Kredsløbskollaps er derimod livstruende, og uden en systematisk registrering kan man let tro, at der ikke forefindes et problem. Desuden kan kliniske komplikationer i efterforløbet af kirurgi ofte være svære at relatere specifikt til den anæstesiologiske behandling.

Konklusionen må derfor på nuværende tidspunkt være, at valget af anæstesiform skal overvejes ekstra omhyggeligt hos patienter, der er i behandling med angiotensinkonverterende enzyminhibitorer og angiotensinreceptorblokkere. Stofferne anvendes til behandling af både arteriel hypertension og hjertesufficiens, og begge patientgrupper har brug for særlig opmærksomhed, idet de har øget risiko for kardielle komplikationer. Spinalanæstesi er sjældent det bedste valg til patienter, der får disse stoffer.

Det er således – som for andre patienter – ikke valget af anæstesi, der skal afgøre, om en velindiceret medikamentel behandling skal fortsætte.

### LITTERATUR

1. Retningslinjer for perioperativ regulering af antitrombotisk behandling. [http://dsth.dk/pdf\\_filer/PRAB\\_new.pdf](http://dsth.dk/pdf_filer/PRAB_new.pdf) (12. dec 2012).
2. Bøgebjerg MK. Ingen konsensus om at pausere med angiotensinkonverterende enzym-inhibitorer og angiotensinreceptorblokkere forud for spinalanæstesi. Ugeskr Læger 2013;175:1023.
3. Turan A, You J, Shiba A et al. Angiotensin converting enzyme inhibitors are not associated with respiratory complications or mortality after noncardiac surgery. Anesth Analg 2012;114:552-60.
4. Schulte E, Ziegler D, Philippi-Höhne C et al. Angiotensin-converting enzyme inhibition and blood pressure response during total intravenous anaesthesia for minor surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2011;55:435-43.

### LEDER

Lars S. Rasmussen

### KORRESPONDANCE:

Lars S. Rasmussen,  
Anæstesi- og operations-  
klinikken, HovedOrtoCentret,  
Rigshospitalet,  
Blegdamsvej 9,  
2100 København Ø.  
E-mail: lars.rasmussen.01@  
regionh.dk

### INTERESSEKONFLIKTER:

ingen.  
Forfatterens ICMJE-formular  
er tilgængelig sammen med  
lederen på Ugeskriftet.dk