

En sjælden komplikation i forbindelse med epiduralblokade til fødende

Reservelæge Mojgan Hosseini Vazin

Hvidovre Hospital, Anæstesiologisk Afdeling

Resume

I denne sygehistorie beskrives en patient, som fik komplet højresidig motorisk og sensorisk parese og hængende mundvig og ptose. En subdural blokade af lokalanæstetika kunne være årsag til disse symptomer. Der bliver diskuteret såvel sygdomsårsager som diagnose og behandling af denne tilstand.

Epiduralblokade, som er den mest effektive form for analgesi til fødende, benyttes ved op til 26% af fødslerne i Danmark. Alvorlige komplikationer er sjældne [1, 2], men da metoden er hyppigt anvendt, er det relevant også at kende de mere sjældne, men alvorlige komplikationer af hensyn til stillingtagen til indikation for anlæggelse, information til den fødende og behandling.

Her beskrives en sjælden komplikation i forbindelse med anvendelse af epiduralblokade til fødende.

Sygehistorie

En 32-årig rask kvinde, gravid i uge 39 + 1, højde: 168 cm, vægt: 80 kg, henvendte sig på hospitalet med veer. Efter ønske fra patienten blev der anlagt epiduralkateter i L3-4 med en 18 G Tuohy-kanyle. Epiduralrummet lokaliseredes med *loss of resistance*-teknik. Efter negativ test for blod eller væske ved aspiration blev der givet testdosis 2,5 ml lidocain 2% med adrenalin. Efter fem minutter var der ingen tegn på intravasal kateterplacering eller spinal anslag af lokalbedøvelsen, hvorfor der blev givet bolus 8 ml bupivacain 0,125% og 10 µg

sufentanil. Herefter blev der tilsluttet en Baxter-pumpe med bupivacain 5 mg pr. time og sufentanil 7 µg pr. time svarende til et volumen på 5 ml pr. time.

Femogtredive minutter efter initialbolus fik patienten komplet højresidig motorisk og sensorisk parese samt hængende mundvig og ptose. Hun var vågen og klar under hele forløbet og hæmodynamisk og respiratorisk stabil. Epiduralpumpen blev omgående stoppet og katetret blev seponeret.

To en halv time efter anlæggelse af epiduralkatetret blev barnet forløst ved kejsersnit i spinal anæstesi grundet manglende fremgang. Der blev givet to ml bupivacain 0,5% tung plus 0,1 mg morphin og 2,5 µg sufentanil med en øvre analgesigrænse omkring sjette torakalniveau.

Efter fem timer var hemiparesen helt remitteret, og patienten var restitueret uden neurologiske defekt.

En computertomografi (CT) af cerebrum og Dopplerundersøgelse af aa. carotis den følgende dag viste normale forhold.

Diskussion

Epidural analgesi foretrækkes ofte ved præeklamspi, hjertesygdom og langvarigt forløb uden progression. Inden anlæggelsen bør anæstesilægen udelukke kontraindikationer såsom koagulationsforstyrrelser og svær hypovolæmi.

I forbindelse med epidural analgesi kan der bl.a. forekomme komplikationer som postspinal hovedpine, massivt blodtryksfald og Horners syndrom. Subdural spredning er en sjælden komplikation i forbindelse med epiduralblokade.

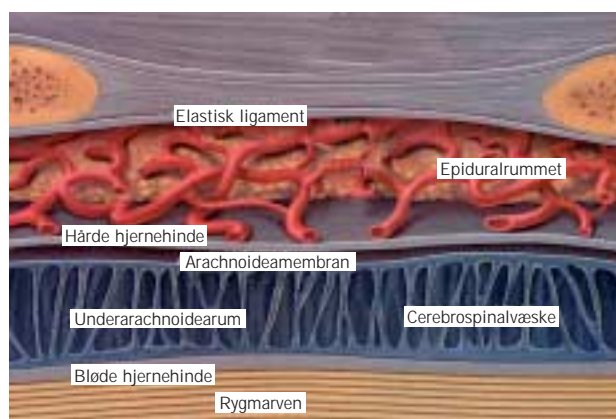
Klassisk er en usædvanlig høj sensorisk blokade, som udvikles meget langsomt (15-35 minutter) kun pletvis eller unilateralt motorisk. Typisk er også hypotoni, vejtrækningsbesvær og påvirket bevidsthed. Både kranienerver og cervikale nerver kan inddrages [3].

Det kliniske billede hos vores patient var foreneligt med subdural spredning af lokal anæstetikum. Differentialdiagnostisk kunne det også dreje sig om en unilateral spinalblokade, men man ville her forvente en påvirkning af kredsløb og respiration.

Risikoen for en subdural blokade under anlæggelse af epiduralkateter er angivet til at være omkring 0,8% [4].

Kasuistisk er der således beskrevet udvikling af en massiv subdural blokade hos en kvinde allerede efter 6 minutter med bevidstløshed, pulsløshed og apnø. Kateterplaceringen blev verificeret ved en CT. Patienten måtte intuberes og genoplives. Symptomerne remitterede fuldstændig i løbet af syv en halv time [5].

I denne sygehistorie udvikledes der hemiparese uden



Figur 1. Grænsefladen i et tværsnit af rygsojlen.

hæmodynamiske og respiratoriske påvirkninger. Subdural blokade er den mest sandsynlige forklaring på den kliniske tilstand hos vores patient pga. det klassiske forløb med langsom motorisk blokade, den høje sensoriske blokade og den langvarige restitutionstid.

Ved en abnorm og høj udbredelse af blokade i forbindelse med anlæggelse af epiduralblokade til fødende skal man være opmærksom på subdural spredning. Man kan lade kateteret ligge, men infusion af lokal analgetika bør stoppes for at forebygge eller mindske påvirkning af vejrtrækning og kredsløb. Patienten skal informeres om situationen, om den gode prognose og om restituering i løbet af timer. Har man mistanke om subdural blokade, kan epiduralkateterets placering verificeres med røntgenundersøgelse efter kontrastindgift. **Figur 1** viser placering af epiduralrummet i forhold til spinalrummet.

Af såvel etiske som juridiske årsager er det et krav ved enhver indikationsstilling til fødeepidural, at den obstetriske patient omhyggeligt som et led i en fyldestgørende information og rådgivning orienteres om fordele såvel som bivirkninger og komplikationer ved denne smertebehandling i forbindelse med fødsler. Informationen skal være både mundtlig og skriftlig og bør optimalt gives både ved svangerskabsundersøgelsen, og umiddelbart inden aktiv fødsel er i gang. I journalen skal den behandlende læge notere, hvilken information der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet.

Summary

Mojgan Hosseini Vazin:

A rare complication of labor epidural analgesia

Ugeskr Læger 2008;170(25):2256

This case describes a patient who developed a complete right hemiparesis with ptosis of eyelid, trigeminus and facial paresis following a routine epidural analgesia for labor. A subdural deposit of the local anaesthetic might be the cause of these symptoms. The pathogenesis of these symptoms as well as the diagnoses and treatment of the condition is discussed.

Korrespondance: *Mojgan Hosseini Vazin*, Ben Websters Vej 146, 4., lejl. 4, DK-2450 København SV. E-mail: mojganvazin@hotmail.com

Antaget: 18. december 2006

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Paech MJ, Godkin R, Webster S. Complication of obstetric epidural analgesia and anesthesia: a prospective analysis of 10995 cases. *Int J Obstet Anesth* 1998; 7:5-11
2. Wong MD. Neurologic deficits and labour analgesia. *Reg Anesth Pain Med* 2004; 29:341-351
3. Reynolds F. Regional analgesia in obstetrics. A millennium Update. Heidelberg: Springer Verlag 2000
4. Collier CB. Accidental subdural injection during attempted lumbar epidural block may present as a failed or inadequate block. *Reg Anesth Pain Med* 2004; 29:45-51
5. Wills JH. Rapid Onset of Massive Subdural Anaesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30:299-302.