

Euroanaesthesia 2005

28.–31.5.2005, Wien

Petri Volmanen

Kyseessä oli yhteensulautumisen jälkeen ensimmäinen uuden järjestön valmisteleva konferenssi. Käytännössä muutosta katto-organisaatioissa ei havainnut millään lailla. Kaikki sujui akateemisen viileän tahdikkaasti kuten aiemmissakin ESA-kokouksissa.

Seurasin enimmäkseen Subkomitea 11:n (obstetrinen anestesia) ohjelmaa uutena subkomitean jäsenenä. Ohjelma koostui kolmesta täydennyskoulutusluennosta (refresher course lecture), kolmesta symposiumista, ja lisäksi subkomitea oli valikoinut konferenssiin lähetetyistä abstrakteista parhaat posterinäyttelyyn. Kutakin posteria esiteltiin lisäksi muutaman minuutin pituisella esitelmällä.

Luennoista oli konferenssimateriaalin mukana saatavissa erinomainen kirja, jossa kutakin luentoa vastasi muutaman sivun katsausartikkelin kaltainen kooste. Posteriesitelmät on julkaistu järjestön lehdes- sä (EJA volume 22, supplement 34, 2005). Valitettavasti symposiumeista ei julkaista mitään koostetta, joten näiden suhteen ainoa keino saada jotain kotiin viemistä on edelleen kirjoittaa kynä sauhuten.

Intratekaalikatetri obstetrisessa anestesiassa

Obstetrinen subkomitea oli tällä kertaa suunnannut yhdistyksen varoja kutsuakseen luennoitsijan Pennsylvaniasta saakka. Valerie Arkoosh luennoi intratekaalikatetrien käytöstä obstetrisessa anestesiassa. FDA:n kiellon (1990-luvun alkupuolella) jälkeen ohuet katetrit ovat olleet poissa tutkimuksen piiristä. Kun oli käynyt ilmi, että lidokaiini oli luultavasti syytä julkaistuihin kauda ekvina -oireyhtymiin, FDA hyväksyi 1996 kliinisen kokeen, jolla oli tarkoitus tutkia nimenomaan intratekaalikatetria synnytyksanalgesiassa, kun puudutteena käytettiin bupivakaiinia. Tutkimus oli vaikea jo rekrytointinsa puolesta, koska potilasinformaatio yksilöi tarkasti tutkimukseen liittyvän halvautumisriskin. Otos oli riittävä 1 %:lla esiintyvän komplikaation havaitsemiseen. Tämä vähän ihmetytti, koska aiempi arvio kauda ekvina -oireyhtymästä oli 4 tapausta sataa tuhatta intratekaalikatetri-anestesiassa kohden. Odotetusti ko. syndroomaa ei havaittu. IT-katetrilla saatiin parempi analgesia, mutta päänsärkyä esiintyi enemmän kuin epiduraalianalgesiaan liittyen (5,2 % vs. 2 %, $p=0,1$).

Luennoitsijan mielestä suunnitellusti jatkuvaa intratekaalista analgesiaa tulisi käyttää niissä tapauksissa, joissa keisarinleikkaukseen päättymiseen on suuri riski, koska IT-katetrin kautta voi sektioanestesian indusoida jopa nopeammin kuin mihin päättään yleisanestesiolla. IT-katetri voisi olla hyödyksi, kun epiduraalianalgesia on anatomisesti vaikea tai jos erityisen tehokas ja titrattavissa oleva analgesia tarvitaan (esim. synnyttäjällä on kardiomyopatia).

Monille meistä tuttu intratekaalikatetri tulee käyttöön obstetrisessa anestesiassa silloin, kun epiduraalineula aamuyöllä humpsahtaa likvortilaan. Tässä tilanteessa neulaa ei pidä tempaista pois, vaan työntää epiduraalikatetri rohkeasti neulan kautta selkäydinnesteen sekaan. Jos katetri saa olla paikallaan synnytyksen loppuun saakka, pienenee postspinaalipäänsäryn riski 91 %:sta 51 %:iin. Pienen päänsäryn riski (6 %) saadaan, jos katetrin annetaan olla yli 24 tuntia paikallaan. Luultavasti duriaan tulleen reiän tukkeena oleva katetri aiheuttaa paikallisen inflammations, jonka seurauksena likvorvuoto on vähäistä myös katetrin poiston jälkeen.

Liikkuisiko vai makaisiko?

Roshan Fernando totesi luennossaan, että synnytyksanalgesian aikaiseen liikkumiseen aiemmin asetetut toiveet ovat paljolti jääneet toteutumatta. Synnytyksen etenee omaa kulkuaan liikkui synnyttäjät tai makasi sängyssään. Kuitenkin useat synnyttäjät arvostavat sitä mahdollisuutta, että voi lähteä kävelyille, jos haluaa. Vaikka nykyaikaisella pieniannoksisella epiduraali- tai spinaalipuudutuksella useimmat ovat kävelykykyisiä, on muistettava, että epiduraalitestianokset ja lisäannokset saattavat heikentää alaraajojen motoriikkaa merkittävästi.

Nukutus vai puudutus?

Obstetrisen anestesiaan liittyvissä symposiumeissa todettiin, että keisarileikkauksanalgesiana puudu-

tus on noin 6–20 kertaa turvallisempi äidille kuin nukutus. Nukutukseen liittyvä kuolemanvaara tulee ilmatieongelmista ja aspiraatiosta. Puolesta ja vastaan -keskustelussa argumentoitiin, milloin fiberoskooppinen intubaatio voisi olla paikallaan sektioanestesiassa. Jonkinlainen konsensus vallitsi, että hereillä tehtävä fiberoskooppinen intubaatio on paras, jos vaikea ilmatie on ennakoitavissa ja tarvitaan yleisanestesia. Yllättäen havaittu vaikea ilmatie kesken ”crush-induktion” ei yleensä ole fiberoskopian indikaatio. Larynx-maskia tulisi käyttää, jos potilasta ei saada intuboitua eikä ventiloitua. Fiberoskooppia voi käyttää hätätilanteessa vain, jos osaaminen on vahva (mikä ei pidä paikkansa useimpien anesteziologien kohdalla).

Pariisilainen professori Benhamou kyseenalaisti spinaalipuudutuksen nopeuden sektioanestesiassa. Toimivan epiduraalianalgesian laajentaminen sektioanestesiaksi on varmempaa (<5 % jää vaillinaiseksi) ja nopeampaa verrattuna uuteen spinaalianestesiaan.

Postereiden antia

Obstetrisen anestesian posterinäyttely sisälsi yhteensä 18 vaihtelevan tasoista tutkimusta, joista jokaisesta pidettiin myös muutaman minuutin pituinen esitys, ja sen jälkeen keskusteltiin tutkimukseen liittyvistä seikoista. Kliinisen työn kannalta mainitsemisen arvoisina pidän seuraavia tutkimustuloksia.

- Ultraäänikuvantaminen saattaa olla hyödyksi epiduraalitalan identifioimiseksi lihavilla synnyttäjillä.
- Kohtalaisen suuren, äidille sektioyleisanestesian osana annetun remifentaniiliannoksen (1 mg/kg) jälkeen kahdella vastasyntyneellä 20:stä havaittiin hengityslama, jonka takia vastasyntyneelle annettiin naloksonia keisariniikkauksen jälkeen.
- Laskimoon itseannosteltu remifentaniili ei lievittänyt kipua yhtä tehokkaasti kuin epiduraalianalgesia, mutta potilastyytyväisyys vaikuttaisi olevan samaa luokkaa.

Suomalaisten kollegojen esityksistä jäi mieleen mm. Kari Korttilan esityksen leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin estämisestä, jossa tuotiin esiin suuren satunnaistetun kokeen paremmuus meta-analyysiin verrattuna. Tiina Erkinaro Oulusta esitti posterikeskusteluissa eläintyön, jossa efedriini vaikutti fenylefriiniä paremmalta lääkkeitä maternaaliseen hypotensioon.

Kaupallinen osio

Kaupallinen näyttely oli laaja eikä sen kaikkia osia



Petri Volmanen

ehtinyt millään käydä lävitse luentotaukojen aikana. Mieleen jäivät erityisesti Ruschin CPAP-kypärä (kuva) ja General Electrics. Jälkimmäisen järjestämässä symposiumissa Arvi Yli-Hankala kertoi unenaikaisen kivunmittauksen periaatteesta. GE tarjosi myös mahtavan juhlapäivällisen eräässä paikallisessa museossa.

Janssen-Cilag:n symposiumissa Narinder Rawal tähdensi paremman kivunlievitysorganisaation tarvetta ja tehtaan luennoitsijat esittelivät uuden iontoforeesiin perustuvan ihokapselin käyttökelpoisuutta. Luvassa on nykyistä fentanyylilaastaria huomattavasti nopeampi lääkkeenantokeino, jolla potilas voi annostella kipulääkkeen PCA-periaatteella.

Tulevaisuuden suunnittelua

Subkomitean jäsenen velvollisuuksiin kuului tällä kertaa osallistua myös parin tunnin kokoukseen, jossa hahmoteltiin vuoden 2007 ESA:n kokousta Münchenissa. Subkomitea kokoontui epävirallisesti myös illalliselle eräseen gourmet-ravintolaan, joka – yllättävää kyllä – oli ranskalainen. Ravintolan oli toki valinnut ranskalainen. Subkomitea on itse itseään täydentävä. Ymmärtääkseni subkomiteaan saattaa joutua, jos julkaisee jotain mielenkiintoista ko. alueelta ja esiintyy kansainvälisissä kokouksissa. Jäsenmaksulappu ja luennointivelvoite putoavat postilaatikkoon kutsun mukana. □

Petri Volmanen

Anestesiaerikoislääkäri

Lapin keskussairaala