

Spinalkateter komplikasjoner

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 08.03.2024

1. HENSIKT

At pasienter som mottar smertelindring via spinalkateter blir godt tatt hånd om dersom det oppstår problemer med spinalkateteret.

2. ANSVAR

- Lege på avdelingen har ansvar for å varsle vakthavende anestesilege ved problemer med spinalkateteret.
- Vakthavende anestesilegeteam har ansvar for å reetablere adekvat smertelindring.

3. FREMGANGSMÅTE

Vakthavende anestesilegeteam har ansvar for å bidra til mest mulig optimal smertelindring til palliative pasienter. Dersom ingen på teamet er kompetente til å legge spinalkateter, må det vurderes å anlegge epiduralkateter

3.1 Problem med økt motstand (evt. at man ikke får injisert)

- Knekk på kateteret. Løses vanligvis ved at man kutter kateteret umiddelbart proksimalt for området med knekk og kobler på nytt filter (aseptisk prosedyre).
- Tett i koblingen mellom filter og kateter. Man kan kutte 1-2 cm av kateteret og koble til nytt filter.
- Kateteret er strukket, slik at lumen er betydelig redusert og motstanden har økt tilsvarende. Man må da vurdere å anlegge nytt kateter.

3.2 Sviktende effekt

- Kateteret har dislosert. Dersom det er mulig å aspirere CSF, kan man gå ut i fra at kateteret er intrathecal. Kateteret kan meget vel ligge intrathecal selv om man ikke får aspirert CSF. Man kan vurdere å sette en dose på 1-3 ml 2,5-5,0 mg/ml med bupivacain for å se om man oppnår spinalanestesi. Pasienten må da observeres av kvalifisert personell (post op.). Mange av pasientene på palliativ enhet er imidlertid ikke optimalt hydrert og anleggelse av spinalanestesi med uttalt sympaticusblokade vil være risikabelt. Ofte vil det være mest hensiktsmessig å rekvirere røntgen med kontrast i kateteret.
- Ikke tilstrekkelig volum eller ikke optimal medikamentsammensetning. Man bør forsøke å gjøre nivådiagnostikk i forhold til om blokaden dekker det smertefulle området. Om utbredelsen ikke er tilstrekkelig, vil det være aktuelt å øke infusjonshastigheten (vanlig infusjonshastighet er 0,5-2,0 ml/t). F.eks ved bekkensmerter kan det være problematisk å oppnå god caudal effekt. Man kan da vurdere å anvende bupivacain spinal tung. Dersom utbredelsen er adekvat, vil det være aktuelt å gjøre justeringer i forhold til medikamentblanding. Opioddosen kan økes med 20-30%. Man kan vurdere å sette til f.eks clonidin, spesielt ved uttalte nevrogene smerter (dose intrathecal ca 150 mcg/døgn). Morfin er standardmedikament intrathecal, men ved dose over 1-2mg/ml kan man erfaringsmessig få problemer. Det kan da være hensiktsmessig å konvertere til fentanyl. (NB! 100 ganger mer potent enn morfin – 1 mg morfin tilsvarer 0,01 mg fentanyl). Det kan også være aktuelt å øke konsentrasjonen på bupivacain.

- HUSK: Bupivacain intrathecalt kan hos de fleste pasienter, som har smerter egnet for spinalanestesi, gi smertefrihet. Finjustering av medikamentblanding kan da vente til lege med aktuell erfaring er tilgjengelig. Det bør være lav terskel for å konferere med lege fra smerteklinikken - evt. med anestesilege ved DNR.

3.3 Infeksjonsproblematikk

Man må vurdere å fjerne kateteret og sette inn antibiotika. Ofte vil det være en totalvurdering man må gjøre i samarbeid med onkolog.

4. GENERELT

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.2.3.1](#)

[Spinalkateter til palliativ behandling. Innleggelse](#)

[1.6.2.3.2](#)

[Spinalkateter. Observasjon og overvåking v/ Palliativ behandling.](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG

