Godkänt den: 2024-07-09
Ansvarig: Birgitta Birgisdottir
Gäller för: Anestesiläkare; Anestesi- och operation

Postspinal huvudvärk, diagnos och behandling, AnOp

Innehåll

Postspinal huvudvärk, diagnos och behandling, AnOp 1
Syfte och omfattning 2
Bakgrund 2
Diagnostik 2
Prognos 2
Behandling 3
Handläggning på Akademiska Sjukhuset 3
Farmakologisk behandling 3
Behandling med blood patch utförande 3
Förberedelse 4
Läkemedel att förbereda 4
Detta behövs 4
Postoperativt 5
Uppföljning 5
Dokumenthistorik 6
Referenser 6

Syfte och omfattning

Beskriva etiologi, incidens, differentialdiagnoser, utredning och behandling av huvudvärk i slutet av graviditeten och efter förlossningen.

Bakgrund

Huvudvärk under graviditet och i postpartumperioden är väldigt vanligt. Vanligaste orsaken för huvudvärk är spänningshuvudvärk och/eller migrän som funnits redan innan graviditeten och som oftast är benign. [1, 2, 3]

Huvudvärk som oftast debuterar i tredje trimester och postpartum är oftast relaterad till graviditetshypertoni, preeklampsi.

Efter epiduralbedövning eller spinalbedövning kan postdural punktionshuvudvärk (PDPH) förekomma. PDPH incidens är 0.5–1,5% vid epiduralbedövning. 50-80% utvecklar PSDH efter känd durapunktion. I jämförelse utvecklar mindre än en procent av patienterna som erhållit spinalbedövning PDPH.

Diagnostik

Primär och sekundär huvudvärk kan skilja sig i hur den debuterar. Sekundär huvudvärk är vanligare i tredje trimestern och under postpartumperioden då graviditetshypertoni, preeklampsi- eklampsi är vanligast. Utvärdering och diagnostik under denna period kräver noggrannhet och viss vaksamhet.

Differentialdiagnoserna till PDPH är idiopatisk intrakraniell hypertension, preeklampsi, eklampsi, RCVS (reversible cerebral vasoconstriction syndrome), cerebral ventrombos samt hypofys apoplexi. Posteriort reversibelt encefalopatisyndrom (PRES)[4,5,6,7]

PDPH är en huvudvärk som karakteriseras av många symptom. Tidigare har den beskrivits som typiskt lägesberoende som förvärras i stående och förbättras i liggande. Andra symptom från syn och hörsel kan förekomma som dubbelseende, nedsatt hörsel eller sus för öronen, kranialnervpareser, illamående och ljuskänslighet.[8,9]

Etiologin till PDPH tros vara att liquorläckage orsakar ett drag i de smärtkänsliga strukturerna I hjärnan. En annan orsak och eventuellt bidragande till huvudvärkens svårighetsgrad kan vara den adenosinmedierade intravasala dilatation som dragningen utlöser.[10,11]

Prognos

90% av patienter med PDPH har spontan regress inom två veckor.

Flera terapier har förslagits, såväl konservativa som läkemedelsbehandlingar men det saknas väldokumenterad effekt av samtliga behandlingar. Dessutom finns de invasiva behandlingsformer som Ganglion Sphenopalatine blockad och epidural blood patch (EBP).

Nyligen har Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) granskat det vetenskapliga underlaget för samtliga behandlingar för PDPH. Sammanfattningsvis finns inte entydiga evidens för behandlingar utan enbart för att vårdnivån bör vara sådan att daglig uppföljning bör ske i syfte att minimera den morbiditet och mortalitet som faktiskt är förknippad med PDPH.[17]

Behandling

Är med rådande kunskapsläge enbart EBP.

Indikationen för behandling med EBP är uppfylld när kvinnan "har svårigheter eller är helt oförmögen att utföra dagliga sysslor eller ta hand om sitt barn och de konservativa behandlingarna har visat sig vara verkningslösa".

Kontraindikationerna är detsamma som vid annan neuroaxial analgesi eller anestesi, avsaknad av samtycke, systemisk eller kraftig lokal infektion, koagulopati eller pågående trombosprofylax.

Handläggning på Akademiska Sjukhuset

Farmakologisk behandling

Första 48 timmar farmakologisk behandling rekommenderat. PO Alvedon 1g ggr4, Ipren 400mg ggr3, Koffein 200mg ggr3, Oxynorm 5mg vid behöv, max 3 st/d.

Dricka minst 2L vatten/dag.

Om narkosläkare tycker att patienten kan behöva en blodpatch dagen efter, ska patienten inte ta Ipren på morgonen.

Behandling med blood patch utförande

Informera patienten om effektivitet: 50% av patienter mår bra (VAS<4), 30% av patiente mår bättre (VAS 4-7), 20% av patienten har ingen effekt (EPIMAP studie). Effektivitet av blodpatch går upp till 90%. Faktorer associerat med låg effektivitet är: migränanamnes, bloodpatch inom 48 timmar.

Informerar om risker: ny durapunktion, ryggsmärta (de flesta patienter får mild ryggsmärta och enstaka kan få kronisk ryggsmärta), infektion, araknoidit.

Informerat samtycke är ett krav.

Anestesiläkare ska primärt alltid konsulteras och om inte annan överenskommelse träffas, övertas ansvaret för behandling och uppföljning av denne. Anmälan i Orbit ska göras av anestesiläkare.

Dagtid programansvarig obstetrisk anestesiolog: Mex: 13422 och specialanestesijour: Mex: 10303

Blood-patch innebär att anestesiläkare injicerar ca 20ml av patientens eget blod in i epiduralrummet. Venblodet aspireras sterilt från en PVK eller butterflynål. Att injicera >20ml blod ger inte bättre effektivitet men ökar komplikationer. Att ge <15ml minskar effektivitet.

Förberedelse

Patienten måste komma från hemavdelningen i säng och med sjukhusets kläder (inte i privata kläder) och med en rosa PVK på höger hand/arm. Personal på avdelning måste spara den bästa kärlaccess till narkospersonalen för att dra blod till blood-patchen.

Patienten läggas på vänster sida i sin säng. Koppla EKG, BT och SPO2. Patienten ska ligga på sida med ena armen exponerad för venblodprovtagning.

Läkemedel att förbereda

- Efedrin 5 mg/ml
- Atropin 0,5 mg/ml

Detta behövs

- Klorhexidinsprit 5 mg/ml
- EDA set, från 4:e september 2024: NrFit Blodpatchsset
- Lokalbedövning (xylocain 10 mg/ml).
- NaCl Steril rock, till läkare och ssk.
- Handskar, till läkare och ssk.
- Steril duk, rygg
- Steril duk, arm
- Tvättset till armen
- Två 10 ml sprutor till ssk, från 4:e september NrFit sprutor kommer i setet.
- PVK alternativt butterfly nål.

Anestesisjuksköterskan sätter en PVK.

VIKTIGT! Att spara det bästa kärlet i armvecket för att dra blod ur till blood-patchen (man får EJ ge några läkemedel eller dropp i det kärlet). Anestesisjuksköterskan tvättar och klär patientens vänstra arm sterilt. Anestesiologen tvättar och klär patientens rygg sterilt.

Därefter är det erfarenhetsmässigt bäst att säkerställa att backflödet ur kärlet är tillräckligt bra för att kunna genomföra aspiration på upp till 20 ml. När detta är säkerställt punkteras epiduralrummet på sedvanligt sätt av anestesiologen.

Aspirera 10 ml blod i taget med två sprutor när epiduralrummet lokaliserats. Anestesiologen injicerar 20ml blod långsamt in i epiduralrummet. Det är normalt att patienten känner mild tryckande smärta, om stark tryckkänsla stoppa injektionen. Skulle smärta uppstå innan 10 ml injicerats bör man misstänka att injektionen har skett subkutant. Upplever patienten extremt obehag eller strålning ner i benen så avbryts proceduren helt och hållet.

Dokumentera i journal anestesikod: SN800.

Postoperativt

Initialt kvarstannar patienten på uppvakningsavdelningen i ca 30 min för att sedan gå till sin hemavdelning innan hemgång.

Planläge i två timmar och därefter postoperativ kontroll av anestesiolog 6 tim efter ingreppet. Skulle patienten mär bra eller bättre kan hemgång ske med noggrann information avseende hur kontakt skall ske vid eventuell debut av komplikationer i hemmet.

Vid tolkbehov bör patienten inte planeras hem.

Uppföljning

Anestesiläkare som utför proceduren ansvarar för att planering av uppföljning genomförs. Det bästa är naturligtvis att anestesiläkaren själv genomför uppföljningen men rent praktiskt kan det vara svårt att genomföra den långsiktiga uppföljningen. MLL för obstetrisk anestesi skall därför informeras om ingreppet och tillse att uppföljning genomförs, personligen eller delegerat. Standarduppföljning är 6 tim efter ingreppet, dagen efter och därefter görs en individuell bedömning efter patientens mående.

Vid akuta besvär hänvisas patienten i första hand till kontakt med BB eller motsvarande vid annan ansvarig klinik, som i sin tur kontaktar ansvarig anestesiläkare.. Dagtid ansvarar programansvarig obstetrisk anestesiläkare för att uppföljning planeras och utförs enligt överenskommelse med patienten.

Dokumenthistorik

Författare

Jan Colldén

Granskare

Andrea Kollman, Karin Pona 2021

Andrea Kollman, 2024

Referenser

[1] Goldszmidt E, Kern R, Chaput A, Macarthur A. the incidence and etiology of postpartum headaches. Obstet Pediatr Anesth 2005; 52: 971-7.

[1] Scharff L, Marcus DA, Turk DS. Headache during pregnancy in the postpartum: a prospective study. Headache 1997; 37:203-10.

[1] Stella CL, Jodicke CD, How HY, Harkness UF, Sibai BM. Postpartum headache: is your work up complete? Am J Obstet Gynecol 2007;196:318.e1- 7.

[1] Klein AM, Loder E. Postpartum headache. Int J Obstet Anesth2010;19:422–30.

[1] Loo CC, Dahlgren G, Irestedt L. Neurological complications in obstetric regional anaesthesia. Int J Obstet Anesth 2000; 9: 99-124.

[1] Choi PT, Galinski SE, Takeuchi L, Lucas S, Tamayo C, Jadad AR. PDPH is a common complication of neuroaxial blockade in parturients: a meta- analysis of obstetrical studies. Can J Anesth203;50:460-9.

[1] Choi PT, Galinski SE, Lucas S, Takeuchi L, Jadad AR.Exammining the the evidence in anesthesia literature: a survey and evaluation of obstetrical postdural puncture headache reports. Can J Anseth 2002; 49:49-56.

[1] Moen V, Irestedt L. Neurological complications following central neuroaxial blockades in obstetrics Curr Opin Anesthesiology 2008;21:275-280.

[1] Scott DB, Hibbard BM. Serious non- fatal complications associated with extradural block in obstetric practice. Br J Anaest. 1990;64:537-41.

[1] Jonsson LO, Einarsson P, Olsson GL. Subdural hematoma and spinal anesthesia. A case report and an incidence study. Anaesthesia 1983;83: 144-6.

[1] Striano P, Striano S, Tortura F et al. Clinical spectrum and critical care management of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES). Me Sci Monit 2005; 11: 459-553.

[1] Stella CL, Jodicke CD, How HY, Harkness UF, Sibai BM. Postpartum headache: is your work up complete? Am J Obstet Gynecol 2007;196:318.e1- 7.

[1] Mokri B. Headaches caused by intracranial pressure: diagnosis and management. Curr Opin Neurol 2003; 16: 319-326.

[1] International Headache Society. HIS Classification ICHD – 3 Beta.

[1] Iqbal. Headache 1995; 35: 420-2

[1] Grant R, Condon B, Hart I, Teasdale GM. Changes in intracranial CSF volume after lumbar puncture and their relationship to post-LP headache. J Neurol Neurosurg Psych 1991; 54:440–2.

[1] Russel R, Laxton C, Lucas DN, NiewarowskiJ, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post- dural puncture headache. part 1 and 2. Intl J Obstet Anesth 2019; 38: 93-103.