

Postoperativ smerte

Olav Magnus S. Fredheim

Professor

Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser og
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

Overlege

Palliativt senter, Akershus Universitetssykehus

Hvorfor lindre postoperativ smerte?

Når jeg sier: «Sengen skal være min trøst, mitt leie skal dempe min klage,» da skremmer du meg med drømmer og gjør meg redd med syner. Aller helst vil jeg kveles. Heller døden enn disse smerter!

Job 7:13-15

Konsekvenser av postoperativ smerte

- Prognostiske for pasienten
 - Økt forekomst av pneumoni, respirasjonssvikt og DVT
 - Økt sympatikustonus
- Subjektive for pasienten
 - Lidelse, lav mobilitet gir lav autonomi, frykt
- For helsetjenesten/samfunnet
 - Økt liggetid og komplikasjoner
 - Økte kostnader

Resultater fra en kartlegging

215 av 282 pasienter operert dagen før i 14 norske sykehus

- 52 % var spurt om smerteintensitet
- 78 % var tilbudt ekstra smertestillende
- 39 % gjennomsnittlig smerte ≥ 3
- 11 % gjennomsnittlig smerte ≥ 6
- 17 % svakeste smerte i ro ≥ 3
- 67 % fått preoperativ info om smertebeh.
- 22 % dokumentert smerteintensitet i journal
- 90% fornøy med smertebehandlingen!!

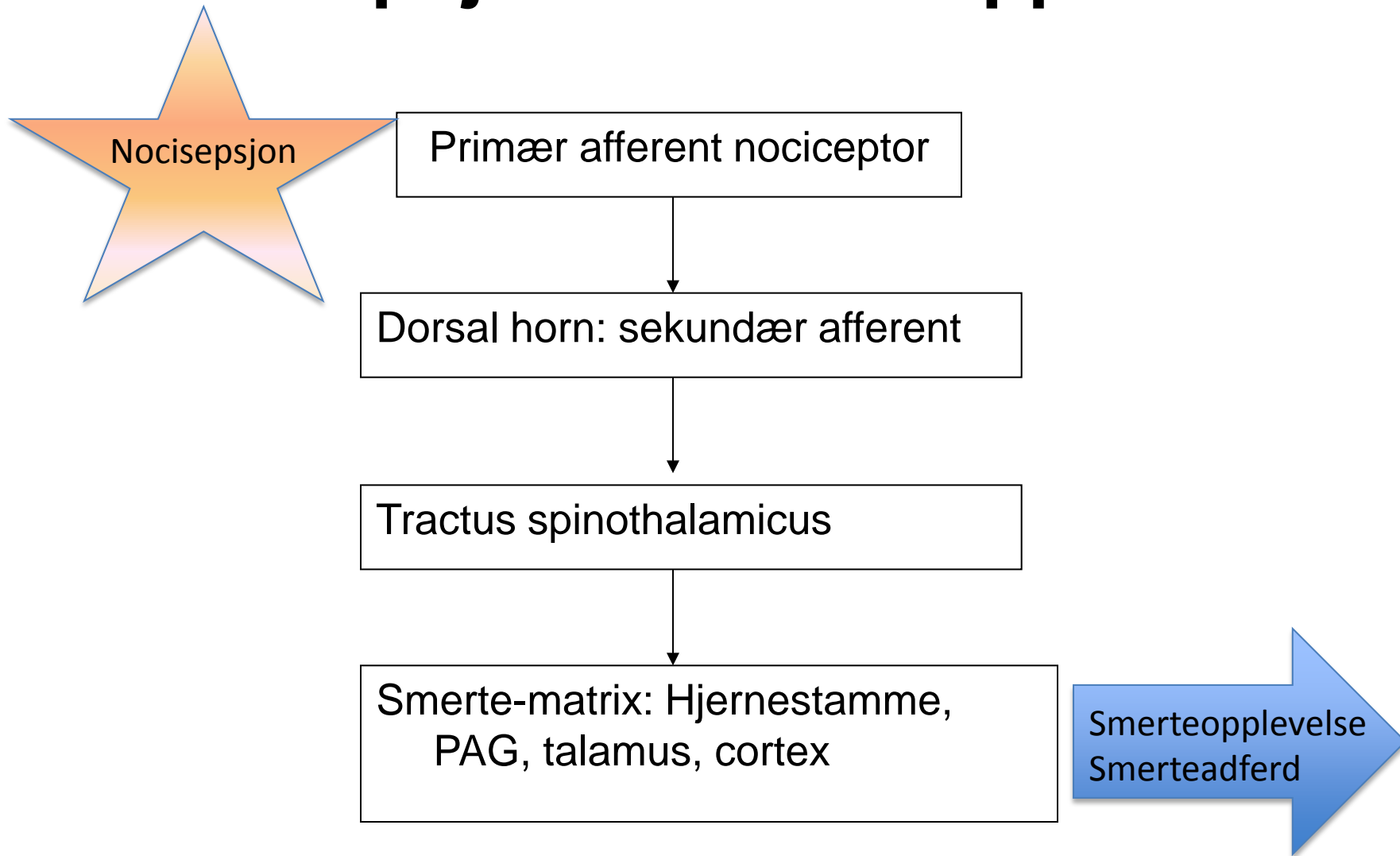
(Fredheim et al, Tidsskrift for den norske legeforening, 2011)

Medikamenter / modaliteter

- Paracetamol
- NSAIDs
- Opioider
- Glucokorticoider
- Lokalanestesi
 - Lokal infiltrasjon
 - Perifere blokkader
 - Intravenøst
- Ketamin
- Gabapentinoider
- Alfa 2 agonister

- Epidural administrasjon av lokalanestesi/opioid/adrenalin

Fra nocisepsjon til smerteopplevelse



Angrepspunkter for behandling

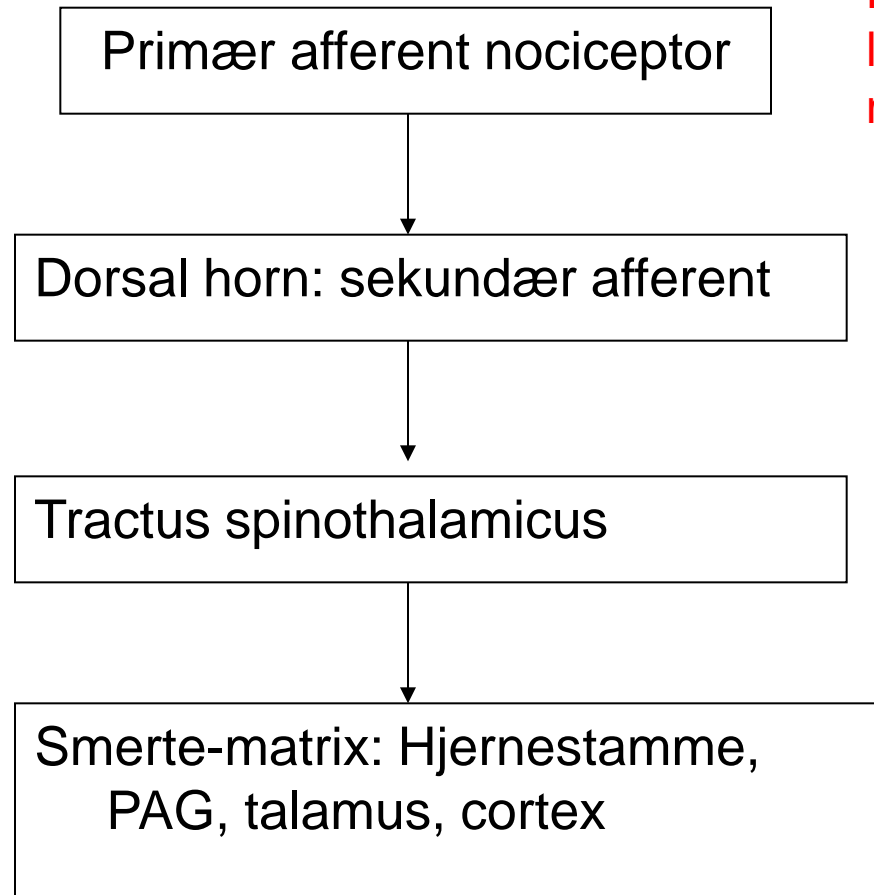
Dempe
inflammasjon:
NSAID / steroider

Hemme transmisjon:
lokanestesi /
nerveblokkade

Opioider / ketamin /
Gabapentinoider

Hemme transmisjon:
epidural

Modulere smerte:
informasjon,
berolige



Obs! Sterkt forenklet figur, avlegs å skille mellom analgetika med sentral og perifer mekanisme...

Kunnskapsgrunnlag

- > 50 Cochrane reviews om analgetika og postoperativ smerte
 - Stort sett enkeltdoser av ett analgetika vs. Placebo
 - Stort sett moderat dokumentasjon og moderat effekt
- Mye å velge mellom, men
 - Hvilke doser?
 - Hvilken behandlingsvarighet?
 - Hvilke kombinasjoner i multimodal analgesi?

Prosedyre spesifikke anbefalinger



www.postoppain.org

- Abdominal Hysterectomy ⊕
- C-Section ⊕
- Colonic Resection ⊕
- Haemorrhoid Surgery ⊕
- Herniorraphy ⊕
- Laparoscopic Cholecystectomy Update ⊕
- Non-cosmetic Breast Surgery ⊕
- Radical Prostatectomy ⊕
- Thoracotomy ⊕
- Total Hip Arthroplasty ⊕
- Total Knee Arthroplasty ⊕

Kontroverser: Steroider og NSAIDs

- Beintilheling
- Blødning
- Anastomosesvikt

- Mangler for de fleste inngrep gode data på om dette er reelle farer, eller hypotetiske

- Gi som fast analgetika?
- Gi ved behov dersom mye smerter?

Er epidural avleggs?

- Mindre epidural ved fokus på «fast track surgery»
- For ortopedi overtar perifere blokader i økende grad
- For liten og mellomstor bukkirurgi kan perifere blokader komme til å ta en del (TAP)
- For stor kirurgi i abdomen og thorax (inkl. kar) har epidural god dokumentert effekt og en stor plass
- Dersom mindre bruk av NSAIDs og steroider i multimodal systemisk analgesi trolig mer behov for epidural

Gabapentionider

- Økende antall studier som viser effekt
- Ikke dokumentert at de forebygger langvarig postoperativ smerte
- Usikkert hva som er egnet dose og behandlingsvarighet

Perifere nerveblokader

- Mer aktuelt med økende tilgang på ultralyd
- Særlig aktuelt ved ortopedi, men også gastro/gyn
- Ved innleggelse av perifere katetre, mulighet for behandling i flere dager (alternativ til epidural)

«Pasienten har ikke bedt om analgetika»

- Det skal mye til før pasienter ber om analgetika
- Fører trolig til unødvendig immobilisering
- Må spørres aktivt x1-2 / vakt

Analgetika for å forebygge langvarig smerte?

- Assosiasjon mellom smerte i akutfase og langvarig (kronisk) smerte
- Ikke vist sikker årsakssammenheng
- Mulige mekanismer: nevropatiske, inflammatoriske, endringer i nervesystemet
- Gjøres studier på om enkelte analgetika kan forebygge, ingen overbevisende resultater så langt
- Men sterk smerte de første dager til uker tross standardbehandling er kanskje et varselsignal som bør følges opp.

Trinn 3

Behandling som er ikke-etablert, har smale indikasjoner eller der det er mangelfull dokumentasjon som ledd i multimodal smertebehandling

- Gabapentinoider
- Ketamin
- Intravenøs administrering av lokalanestetika

Trinn 2

Ved behov kan man supplere med en eller flere av de følgende:

- Epidural smertebehandling
- Perifer nerveblokkade
- Opioid via pasientkontrollert pumpe
- Opioiddepottablett
- Kateter for lokal infiltrasjonsanalgesi

Trinn 1

Grunnleggende postoperativ smertebehandling består av følgende elementer:

- Paracetamol
- Ikke-steroide antiinflammatoriske midler
- Glukokortikoid
- Infiltrasjon med lokalbedøvelse i såret

Figur 1 Smertetrapp. Behandlingstrinn velges ut fra forventet postoperativ smerteintensitet. Uansett behandlingstrinn må det til alle pasienter være forordnet kortvirkende opioider ved behov. For noen inngrep finnes det prosedyrespesifikk dokumentasjon på at enkelte av de grunnleggende elementene (trinn 1) kan utgå ved bruk av teknikker fra trinn 2. Ved kontraindikasjon mot behandlinger på trinn 1 eller trinn 2 vil det ofte være nødvendig å kompensere ved å legge til behandling fra et høyere trinn