

# Dansk Urologisk Selskab

## Abstract formular

Teksten inden for rammerne startes med foredragets titel (STORE BOGSTAVER). I ny linie skrives forfatter-navne (almindelige typer), som understreges, efterfulgt af oprindelsesafdeling og institution. Hvert abstract må ikke fylde mere end ét manuskriptark, inklusive eventuelle figurer og litteraturreferencer. Det bedes i ledsagebrev angives om arbejdet har været præsenteret på andre møder/kongresser.

Skriv inden for den sorte ramme, helt ud til begge sider og med enkelt linieafstand.

### **MULTIMODAL SMERTE- OG KVALMEBEHANDLING VED RADIKAL PROSTATEKTOMI. KVALITETSANALYSE EFTER OMLÆGNING AF DEN PRÆ-, PERI-, OG POSTOPERATIVE SMERTEBEHANDLING.**

Reservelæge Rikke Leander Læbel, Overlæge Birgitte Islev, Overlæge Preben G. Berthelsen, Anæstesiologisk afdeling Regionshospitalet Holstebro, Overlæge Jørgen K. Johansen, Overlæge Peder H. Gravensen Urologisk afdeling Regionshospitalet Holstebro

#### Introduktion:

I Danmark opereres hvert år 500-600 patienter for lokaliseret c. prostata ved radikal prostatektomi[1]. Postoperativ smertebehandling hos disse patienter er i litteraturen beskrevet som svær [2, 3] og er korreleret til kvaliteten af patientens recovery[4]. Kvalmebehandling er et andet væsentligt aspekt i det postoperative forløb og både denne og smerte-VAS er vist reduceret ved præoperativt gabapentin i store doser[5, 8].

På Regionshospitalet Holstebro anvendtes tidligere lav thorakal epidural- eller lumbal epidural analgesi sammen med generel anæstesi. Formålet med denne retrospektive opgørelse er, ved gennemgang af de første 50 patienters overvågningsskema, at vurdere kvaliteten af iværksatte behandlingsregime med gabapentin i stedet for epidural,.

#### Materiale og metoder:

I alt 50 konsekutive patienter i perioden 1. januar til 1. juni 2008, der fik foretaget radikal prostatektomi, blev inkluderet i et empiribaseret behandlingsregime og i et overvågningsskema (accelleret patientforløbsskema) scoret ved hjælp af Visuel Analog Score med hensyn til svimmelhed, kvalme og smerter[6].

Svimmelhed scores 0-3 hvor 0 er ingen svimmelhed, 1 er restituerer sig hurtigt, 2 er bleg, forkvalmet og klamtsvedende og 3 er nærbesvimelse eller besvimelse. Kvalme scores ligeledes 0-3 hvor 0 er ingen kvalme, 1 er let kvalme, acceptabel for patienten, 2 er moderat kvalme og måske acceptabel for patienten, mens 3 er udtalt kvalme og evt opkast. Alle patienter overnattede første postoperative døgn på intermedieærfsnittet og blev mobiliseret i forbindelse med morgenmaden dagen efter.

Behandlingsregimet indebærer: Én time præ-operativt gives t. gabapentin 1200 mg til patienter < 70 år og t. gabapentin 600mg til patienter >70 år og t. paracetamol 1g. Peroperativt gives intravenøst ketorolac 30 mg, såfremt patienten bløder <1000 ml og infiltration bupivacain 2,5mg/ml, 40 ml under fascia abdominalis superficialis. Intravenøs opioid, t. paracetamol og t. ibuprofen efter behov postoperativt samt t. gabapentin 600 mg første postoperative døgn. Som kvalmebehandling fik patienterne peroperativt intravenøs dexamethason 8 mg og intravenøs ondansetron 4 mg. Patienterne fik generel anæstesi, indledt med fentanyl, pentothal natrium og cisatracurium, og vedligeholdt med isoflurane og fentanyl. Indlæggelsesvarighed (inkluderer dagen før operationen) blev også registreret.

#### Resultater:

Fem patienter ud af de 50 havde ikke fået tablet gabapentin præoperativt og det er derfor valgt i denne retrospektive analyse at sortere disse patienter fra, således patientgrundlaget ender med 45 patienter.

Som højeste smerte-VAS første postoperative døgn på intermedieærfsnittet angav 11 patienter (24%(95%CI 13-40)) VAS 0-2 og 15 patienter (33% (95%CI 20-49)) angav smerte-VAS 3-4.. Under mobilisering andet postoperative døgn angav 33 patienter (73% (95%CI 58-85)) smerte-VAS 0-2. 14 patienter (31%) havde ikke behov for opioid første postoperative døgn og efter overflytning til stamafdelingen havde 38 patienter (84%) ikke behov for opioid. 5 patienter (11% (95%CI 4-24)) angav kvalme første postoperative døgn og fik score > 0. Ligeledes angav 15 patienter (33% (95%CI 20-49)) svimmelhed første postoperative døgn. Medianværdien for antal indlæggelsesdage 4,8 (4-15dage).

#### Konklusion:

Det tyder på, ud fra dette lille deskriptive studie, at et behandlingsregime med gabapentin, paracetamol, ketorolac og peroperativt infiltration bupivacain under fascia abdominalis superficialis samt ondansetron og dexamethason kan yde sufficient smerte- og kvalmebehandling efter radikal prostatektomi. Optimalt burde der foretages et randomiseret kontrolleret studie, således evidensniveauet, og dermed validiteten, bliver højere.

#### Litteratur:

- 1: Organisation og tidlige operationsresultater efter radikal prostatektomi i Danmark 2004-2007. Michael Borre, Peter Iversen, Anette Bendixen, Maria Gerding Iversen, Henrik Kehlet. Ugeskr læger 170/34 18. aug 2008. 2545-2549.
- 2: Postoperative analgesia after radical retropubic prostatectomy: a double-blind comparison between low thoracic epidural and patient controlled intravenous analgesia. Gupta, Fant et al. Anesthesiology. 2006. Oct; 105 (4): 784-93.
- 3: Pain and quality of life following radical retropubic prostatectomy. Haythornthwaite et al. J urol. 1998 nov 160 (5): 1761-4.
- 4: Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. Wu, Rowlingson et al. Reg anesthes pain med. 2005 nov-dec; 30 (6):516-22.
- 5: Gabapentin: a multimodal perioperative drug? VKF Kong and MG Irwin. British journal of anesthesia 99 (6): 775-86 (2007).
- 6: Multimodal smerte- kvalmebehandling ved brystkræftkirurgi. Gärtner, Kroman et al. Ugeskr Læger 170/23 2. juni 2008.
- 7: "Protektive premedication": an option with gabapentin and related drugs? A review of gabapentin and pregabalin in the treatment of postoperative pain. J.B. Dahl, O. Mathiesen, S. Møiniche. Acta Anesth Scand, 2004, 48, 1130-1136.
- 8: Effekts of gabapentin on postoperative morphine consumption and pain after abdominal hysterectomy: A randomized, double-blind trial. G. Dierking, T.H. Duedahl, M.L. Rasmussen et al. Acta Anesth Scand 2004, 48: 322-327.