

# CFIDS (ME) og narkose: hva er risikoene?

av

**Elisabeth A. Crean**

Beretninger har hopet seg opp gjennom årene om den spesielt vanskelige tiden pasienter med CFIDS\* har med å komme seg etter narkose. Mennesker med CFIDS er overfølsomme for mange medisiner, inkludert narkosemidler, ved at de ofte tåler bare en liten del av en standard dose. Reaksjoner noen pasienter opplever kan være tegn på at deres immunologiske og endokrinologiske systemer ikke responderer normalt på farmasøytiske utfordringer og stimuli. Uheldigvis er det ikke publisert noen strengt vitenskapelige studier om noen av disse tingene. I mellomtiden står mennesker med CFIDS overfor den nært forestående muligheten for kirurgiske inngrep, og de trenger å informere sine leger nå.

## Hva legene sier

Da et spørsmål om narkose og CFIDS ble stilt på internett, var de fleste svarene sitater fra to leger, dr. Patrick L. Class fra Nevada og dr. Paul R. Cheney fra North Carolina. Her er hva dr. Class anbefaler CFIDS-pasienter som skal gjennomgå kirurgiske inngrep: «Jeg forbereder meg lenge før inngrepet skal foretas ved å gjøre hudtester av alle stoffene jeg vurderer å bruke for å se om pasienten er allergisk for noen av dem. Til CFIDS-pasienter anbefaler jeg propofol (Diprivan®, Propofol®) som innledningsmiddel; deretter fentanyl (Leptanal® / Fentanyl® - korttidsvirkende narkotika) og droperidol (et kvalmestillende medikament) under narkosen og en kombinasjon av lystgass (N<sub>2</sub>O), oksygen (O<sub>2</sub>) og isofluran (Forene® / Isofluran®) som vedlikeholdsmidler».

På den annen side påpeker dr. Class: «Det blir vanligvis brukt en gruppe anestesimidler, kjent som histaminfrigjørende, som helst bør unngås hos CFIDS-pasienter». Denne gruppen omfatter thiobarbiturater slik som Pentothal-Natrium®, trolig det mest brukte innledningsmidlet og en kjent histaminfrigjører. «I tillegg er det en stor gruppe muskelavslappende medikamenter i curare-familien, nemlig curare (pankuron (Pavulon®)), atrakurium (Tracrium®) og mivakuriumklorid (Mivacronium®)), som også er kraftige histaminfrigjørende og som bør unngås hos CFIDS-pasienter.» Fordi mange histaminfrigjørende stoffer vanligvis blir brukt ved hasteoperasjoner, råder dr. Class pasienter med CFIDS til å «ha på seg et armbånd med en medisinsk advarsel i tilfelle man er bevisstløs. Det bør nevnes på armbåndet at man ikke skal ha noen histaminfrigjørende medikamenter». Andre måter å få opplyst dette på, er å ha informasjon i lommeboken, lære opp sin familie og insistere på at det skal skrives i den medisinske journalen.

CFIDS kan være en indikasjon på at visse organer, som leveren, allerede kan være overbelastet, og prosesser som cellemetabolismen kan være forstyrret. En narkoseplan må ta hensyn til dette. Dr. Cheney frarår å bruke narkosegasser som halotan (Halothane®/ Fluothane®, som kan være potensielt skadelig for leveren. «Pasienter med CFIDS er kjent for å ha reaktivert virus i herpes-gruppen, som kan føre til mild eller vanligvis subklinisk hepatitt. Levertoksiske anestesigasser kan utløse en fulminant hepatitt».

Dr. Cheney påpeker også at elektronstråle røntgen spektroskopiteknikker har vist at pasienter med CFIDS ikke har nok magnesium og kalium i cellene, noe som kan bli problematisk. Magnesium- og kaliummangel kan resultere i hjerterytmeforstyrrelser under narkose. «Av den grunn vil jeg anbefale at pasienten får kaliumklorid (Kaleorid depot-tabletter® 750mg, 2 ganger daglig og magnesiumsulfat (Addex-Magnesium® / Magnesiumsulfat®) 50% løsning, 2 ml i.m. 24 timer før det kirurgiske inngrepet.»

Etter som teknologiske fremskritt som kikkhullskirurgi (som for eksempel laparaskopi) gjør det kirurgiske inngrepet mindre, kan kirurger utføre inngrep der de kombinerer lokal-

bedøvelse med et beroligende medikament i stedet for å gi full narkose. Men selv lokal-anestesi brukt ved utvendige kirurgiske inngrep, bør anvendes med forsiktighet når det gis til CFIDS-pasienter. «Lidokain (Xylocain®) bør brukes med forsiktighet og uten adrenalin», sier dr. Cheney.

I en artikkel i februarutgaven av CFIDS Support Network Update, understreker også dr. Charles Lapp fra North Carolina at man bør kontrollere magnesium og kalium i serum før kirurgiske inngrep, og etterfylle disse mineralene hvis mengden er på nedre grense eller lavere. Hos svært syke pasienter, eller de som ofte får steroidbehandling, bør det måles kortisol og evt. også gis en tilleggsdose. I følge dr. Lapp må leger også redusere den pre- og post operative sederingen. «De fleste CFIDS-pasientene er også ekstremt følsomme for beroligende medikamenter - hvilket inkluderer benzodiazepiner, antihistaminer og psyko-farmaka - som bør brukes med forsiktighet og i små doser til pasientens reaksjoner kan vurderes.»

Konsekvensene av nevralt mediert hypotensjon (NMH) - ofte sett hos CFIDS-pasienter - bekymrer også dr. Lapp. Dette omfatter lavt plasmavolum, lavt antall røde blodlegemer, venøs pooling og vasovagal synkope. «Synkope kan fremkalles av katekolaminer (adrenalin), sympatomimetika (isoprenalin) og vasodilatorer (nitrogenoksid, nitroglycerin, betablokkere og blodtrykkssenkende midler)», sier dr. Lapp. Man bør væske opp pasientene før inngrepet og unngå medikamenter som stimulerer til nevrogen synkope eller senkning av blodtrykket». Behovet for ekstra væske innebærer å bli lagt inn på sykehus dagen før inngrepet - slik det var vanlig i tidligere tider - i stedet for bare noen timer på forhånd.

Nesten alle føler seg svake og trette etter en operasjon. Men mennesker med CFIDS bør forberede seg på økt utmattelse og problemer med hukommelse og konsentrasjon i en mye lenger periode enn normalt, sier dr. Shepherd fra Gloucestershire i England, i sin bok *Living with ME*. Han funderer på om redusert blodtilførsel til hjernen under operasjonen og i den umiddelbare postoperative perioden delvis kan forklare dette. Andre syndere kan være spesielle typer anestesimidler, særlig de som blir brukt for å korrigere langsom hjerteaksjon eller reversere muskellammelse, som ytterligere kan forstyrre de kjemiske prosessene i hjernen, som allerede er endret på grunn av CFIDS.

Dr. Shepherd foreslår å henvise kirurger og anestesiloger til en forskningsartikkel om acetylkolin-nivå hos pasienter med CFIDS (Chaudhuri et al, Chronic fatigue syndrome: a disorder of central cholinergic transmission, *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 1997;3: 3-16). Dette kan være en god måte å gjøre dem oppmerksom på mulige komplikasjoner i oppvåkningsfasen.

### **Hvordan du kan forberede deg**

Disse trinnene bør hjelpe deg til å være forberedt i tilfelle du trenger narkose. Husk at det følgende kan brukes ved tannbehandlinger/operasjoner som også krever bedøvelse, så ikke glem å informere din tannlege eller kjevekirurg.

1. Unngå unødvendig kirurgi fordi risikoene ved narkose hos pasienter med CFIDS fremdeles ikke er helt klarlagt.
2. Be om at den delen av artikkelen som informerer om narkose til pasienter med CFIDS, nevnt i avsnittet om «Hva legene sier», legges i din medisinske journal, i tilfelle du trenger øyeblikkelig hjelp operasjon.
3. Søk alltid en annens vurdering - og tredje og fjerde, hvis nødvendig - når en lege anbefaler deg operasjon. Dette gjelder også ved øyeblikkelig hjelp situasjoner. La din familie få vite dine ønsker.

4. Hvis det finnes muligheter for ikke-kirurgisk behandling, undersøk disse først. For eksempel finnes det nye ikke-kirurgiske teknikker for å fjerne nyre- og gallestener.
5. Hvis du må opereres, velg den minst invasive kirurgiske teknikken. Det er nye kikkhulls-operasjoner tilgjengelig som krever mindre bruk av anestesimidler, som fører til en mindre påkjenning for kroppen og til en raskere oppvåkningstid. Dette kan innebære å reise til et stort sykehus der høyteknologisk utstyr er mer vanlig, og kirurgene har mer erfaring i å bruke det. Vær nøye med å undersøke alle valgmuligheter først, så du kan unngå å bli en forsøkskanin for en uerfaren lege som prøver utstyret for første gang.
6. Insister på et møte med anestesilegen og kirurgen i så god tid som mulig før det kirurgiske inngrepet, så du kan diskutere CFIDS-spesifikke ting og få tid til å foreta tilleggsundersøkelser om hva som vil være best for deg. Spør legene om å forklare nøyaktig hva som vil skje under inngrepet.
7. Sørg for at kirurgen og anestesilegen kjenner dosene og hvor ofte du tar dine forskjellige medisiner, inkludert urter, tilskudd og vitaminer. Ikke glem å nevne medikamenter du nettopp har sluttet med, fordi det kan ta flere uker å skille ut enkelte stoffer fra kroppen. Det kan være kontraindikasjoner for eller interaksjoner med medisiner som de planlegger å bruke.
8. Sørg for at leger vet om alle allergier og om du er overfølsom for medisiner, mat og kjemikalier. En lateksallergi er et soleklart eksempel, men visste du at skalldyrallergi kan innebære at du kan reagere på visse røntgenkontrastmidler? Ingen allergier er for ubetydelige til å bli nevnt.
9. Spør om du kan gi informasjon om CFIDS til sykepleierne som skal ta vare på deg etter operasjonen. De leser det kanskje ikke, men det er verdt forsøket med å opplyse dem om mulige komplikasjoner.
10. Etter operasjonen; prøv ikke å gjøre for mye, og gi din kropp nok tid til å komme seg. Husk at dette kan ta lengre tid enn normalt og sørg for at helsepersonell og de som tar vare på deg, på forhånd er bevisst og forberedt på at dette kan skje, slik at et lengre sykehusopphold eller spesiell behandling kan planlegges.

\* Overs. anmerkning: Internasjonalt brukes betegnelsene *CFIDS* (Chronic Fatigue and Immune Dysfunction Syndrome), *ME* (Myalgisk Encefalopati/-myelitt), *PFVS* (Post Viral Fatigue Syndrome) og *CFS* (Chronic Fatigue Syndrome) om hverandre. Imidlertid refereres det til ICD-10, diagnosekode G93.3, under avsnittet om nevrologiske sykdommer.

### **Oversatt av Eva Stormorken**

Sykepleier med videreutdanning i anestesi, helse- og sosialadministrasjon og praktisk pedagogikk. Hovedfag i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo.

### **Tillatelse**

Norges Myalgisk Encefalopati Forening har tillatelse å oversette og publisere dokumentet