

kere (6). I Hordalands-studien var det ingen sikre rusmisbrukere blant pasientene (2).

**Halvor Næss**

Haukeland Universitetssjukehus

**Litteratur**

1. Kristensen B, Malm J, Carlberg B et al. Epidemiology and etiology of ischemic stroke in young adults aged 18 to 44 years in northern Sweden. *Stroke* 1997; 28: 1702–9.
2. Næss H, Nyland HI, Thomassen L et al. Etiology of and risk factors for cerebral infarction in young adults in western Norway: a population-based case-control study. *Eur J Neurol* 2004; 11: 25–30.
3. Ferro JM, Crespo M. Prognosis after transient ischemic attack and ischemic stroke in young adults. *Stroke* 1994; 25: 1611–6.
4. Adams HP jr., Kappelle LJ, Biller J et al. Ischemic stroke in young adults. Experience in 329 patients enrolled in the Iowa Registry of stroke in young adults. *Arch Neurol* 1995; 52: 491–5.
5. Leys D, Bandu L, Henon H et al. Clinical outcome in 287 consecutive young adults (15 to 45 years) with ischemic stroke. *Neurology* 2002; 59: 26–33.
6. Kittner SJ, Stern BJ, Wozniak M et al. Cerebral infarction in young adults: the Baltimore-Washington Cooperative Young Stroke Study. *Neurology* 1998; 50: 890–4.

## Suprapubisk blæredrenasje ved bukkirurgi i Norge

I Tidsskriftet nr. 7/2007 kommenterer Arne Wibe (1) en metaanalyse om suprapubisk versus transurethral blæredrenasje etter buk-

kirurgi (2). Han angir å ha positive erfaringer med suprapubisk drenasje ved reservoarkirurgi, men omtaler ellers problemstillingen som «oversett» i bukkirurgien. Han konkluderer så med at han «tror vi må vurdere å ta i bruk suprapubisk kateter som rutinemetode ved abdominalkirurgi også i Norge» (1).

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har suprapubisk blæredrenasje vært rutine ved alle typer bukkirurgi i 15 år. Ved rektumamputasjon eller ultralave rectumreseksjoner benytter vi transurethral kateter i tillegg til suprapubisk drenasje for å lette identifiseringen av urethra peroperativt. Det transurethrale kateteret fjernes når inngrepet er avsluttet. Vi vet at flere andre norske avdelinger også har hatt dette som rutine i lang tid. Denne rutinen har vært basert på vitenskapelig dokumentasjon (2) samt egne positive erfaringer. Det er viktig med en systematisk metaanalyse, men det er ikke riktig at dette har vært et oversett problem i bukkirurgien.

Det meste av dokumentasjonen for de ulike kateteralternativer omhandler kateterisering i 4–7 døgn. Med dagens multimodale rutiner for perioperativ behandling vil en stor andel av pasientene bare trenge kateter i to døgn. Dette har naturligvis relevans for både rekateteriseringsrate og bakteriuri, som er de vanligste endepunktene. Metaanalysen avsluttes med etterlysning av

flere randomiserte studier. Data fra avdelinger som bruker moderne perioperative rutiner, inklusive suprapubisk blæredrenasje (3), tilsier at man til en slik randomisert studie ville trenge over 1 000 pasienter for å kunne påvise en reduksjon i rekateteriseringsrate fra 9 % til 4,5 % og over 2 400 pasienter for å kunne påvise en reduksjon i bakteriuri fra 4 % til 2 %.

Suprapubisk blæredrenasje er for lengst etablert som rutine ved bukkirurgi ved flere sykehus i Norge. Dette er basert på vitenskapelig dokumentasjon. Det er neppe formålstjenlig å gjøre nye randomiserte studier om kateteriseringsmetoder ved kolorektalkirurgi.

**Kristoffer Lassen**

**Jørn Kjæve**

**Barthold Vonon**

**Arthur Revhaug**

Universitetssykehuset Nord-Norge

**Litteratur**

1. Søreide K. Suprapubisk kateter best ved bukkirurgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 847.
2. McPhail MJ, Abu-Hilal M, Johnson CD. A meta-analysis comparing suprapubic and transurethral catheterization for bladder drainage after abdominal surgery. *Br J Surg* 2006; 93: 1038–44.
3. Basse L, Werner M, Kehlet H. Is urinary drainage necessary during continuous epidural analgesia after colonic resection? *Reg Anesth Pain Med* 2000; 25: 498–501.