

Gäller för: Smärtenhet NU-sjukvården

Giltig från: 2025-12-22

Innehållsansvar: Katarina Sisolakova, (katsi2), Överläkare

Giltig till: 2027-12-22

Granskad av: Katarina Sisolakova, (katsi2), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Problem med IDA kateterbehandling (tunnelerad) – lösning under jourtid

Revidering i denna version

Uppdaterad i giltighetstid.

Målgrupp

Anestesiläkare som arbetar jourtid, info för övrig personal.

Syfte

Strukturerat stöd till anestesiläkare NU - sjukvården för akuta åtgärder vid problem med tunnelerad IDA - behandling.

Bakgrund

Tunnelerad IDA - behandling är en etablerad behandling för svår smärta – oftast cancerrelaterad. I de flesta fall är patienten inskriven på palliativa avdelningen.

Smärtenheten ansvarar för inläggning och inställning av behandlingen, bistår sedan som konsultativ verksamhet till hemavdelning/hemsjukvård. Rådgivning och konsultation är tillgänglig under ordinarie arbetstider:

tel: 51280 måndag - torsdag 8.00 - 15.00 och fredag 8.00 – 12.00.

Vid akuta problem under jourtid som inte kan vänta till närmaste vardag kontaktas:

Narkosjour i Uddevalla -tel. 50770 – utöver ordinarie smärtenhetens tider – måndag kl.7.30 - fredag kl.19.00.

IVA jour NÄL - tel 51433 – övriga tid (från fredag kl19.00 till måndag 7.30)

Det kan finnas flera olika problem och orsaker till otillräcklig smärtlindring

Tekniska problem med PCA-pump

- Kolla pumpfunktionen. Larmar pumpen för ocklusion? Är alla klämmor öppna? Kolla insättning av kassetten. Är pumpen låst? Vid tveksamhet byt pump om sådan är tillgänglig (finns på UVA NÄL och Uddevalla, avd 14 samt Smärtmottagningen Uddevalla). Programmera inställningar enligt IDA protokollet.

Ökad smärta (sjukdomsprogress)

- Ökad smärta där tekniska problem uteslutits beror oftast på otillräcklig dosering av smärtlindring. Detta i sin tur kan vara relaterat till progress av underliggande cancersjukdom och man bör ha i åtanke att dessa patienter även löper ökad risk att drabbas av komplikationer som exempelvis patologiska frakturer och DVT.
- Individuell behandlingsplan för smärtgenombrott finns för den enskilda patienten i IDA-journalen och i Melior. I de flesta fall innebär detta att patienten i första hand skall använda PCA bolus via IDA och om detta inte räcker ges annan smärtlindring enligt individuell ordination.
- Dosjustering av IDA-behandling bör göras i samråd med smärtenheten NU - sjukvården men om situationen är så pass svårhanterlig att det inte går att avvakta till närmaste vardag kan det i vissa fall vara aktuellt att göra en dosjustering jourtid. Förslagsvis **ökas då antingen kontinuerlig dos eller bolusdos med 0,1 ml**. Det är oftast säkrast att öka bolusdosen eftersom denna i viss mån är självreglerande. (Aktuell dos och styrka på läkemedelsblandning finns dokumenterat i IDA-journal i Melior).
- För att ändra dosering i pumpen eller att ge klinikerbolus anges kod 997.

Dislokation av kateter

- Vid misstanke om att katetern dislocerat ut ur spinalrummet kopplas pumpen bort. Kontrollera om det finns passivt backflöde av likvor från filtret och om det går att aspirera.
- Frånvaro av likvor kan inge misstanke men inte bekräfta kateterdislokation.
Flytta patienten till UVA (Uddevalla) eller IMA/UVA (NÄL) för att testa.
Späd bupivakain 5 mg/ml med NaCl till styrka 2,5 mg/ml och ge 2 ml via filtret. Upprepa ev. efter 5 - 10 min. (OBS! om kateterspetsen ligger på cervikal eller hög thorakal nivå ovan Th 7, skall i stället försiktig titrering göras med 0,5 ml i taget). Om spinalt anslag fås, koppla på och starta pumpen. Gå vidare som vid otillräcklig dosering av smärtlindring.
- Vid uteblivet spinalt anslag tillämpas i första hand individuell reservplan för varaktigt avbrott som finns i patientens Melior-journal. Pumpen koppas bort och filter proppas. **Låt katetern vara kvar.**
- Om det inte går att uppnå en hanterbar situation med hjälp av reservplan kan EDA läggas om det är rimligt att tro att detta kan lindra smärtan. Skall då läggas på nivå med god marginal till IDA-kateter så att denna inte skadas. Använd EDA Standardblandning eller Ropivakain 2 mg/ml och komplettera med systemisk smärtlindring inklusive opioid för att undvika abstinens.

Läckage – längs kateter, kopplingar

- Likvor kan läcka längs katetern efter inläggning (några dagar). Mer tydligt kan det vara hos uppegående patienter eller vid tunnelering på mage. I värsta fall kan man utveckla postspinal huvudvärk (behandla enligt rutin: ”Postdural punktionshuvudvärk”). Sista utväg är blood-patch (med bibehållen IDA - kateter och meningit ATB profylax).

Läckage – lös konnektor

- Katetern är fixerat på plats med SecurAcath. Det är mycket ovanligt att konnektorn lossnar från den intratekala katetern. Om detta ändå skulle uppstå skall katetermynningen omedelbart täckas med steril kompress.

Lossa på SecuarAcath, backa katetern 1 - 2 cm och tvätta med sprit. Låt lufttorka, klipp bort 1 - 2 cm av katetern och koppla på ny konnektor (konnektorn finns i ny Epidural set - PORTEX – Epidural Catheter 16G).

Allt extra material finns på IVA NÄL, UVA Uddevalla och smärtsmottagning Uddevalla.

Skyndsamt handläggning med strikt steril teknik är viktigt för att minska risken för bakteriell kontamination och CNS-infektion.

- Byt pumpslang och filter - PORTEX (Epidural Flat Filter with Rotating Collar. Luer Lock) som primas med befintlig läkemedelsblandning (kateter 0,4 ml + Portex filter 0,8 ml = 1,2 ml). Koppla ihop systemet och återuppta behandlingen. Om befintlig kassett tar slut använd i första hand ny kassett som finns i patientens hem/hemavdelning (det finns inga reservkassetter på AnOpIVA).
- Vid misstanke om kontamination/meningit, ta likvorprov i första hand från kateter, annars LP på lägre nivå än insticksställe. Sätt in ATB – kombination av Cefotaxim 2g x 3 iv och Vancomycin 1g x 3 iv. Konsultera infektions bakjour och diskutera ev ATB byte utifrån prover.

Man behandlar patienten med ATB och lämnar IDA kateter kvar i första hand.

Likvor prov från IDA kateter (odling celler, kemi)

Gör allt under sterila förhållande

Stoppa pumpen och koppla bort filter med slag från IDA kopplingen (den gula).

Sprita av och låt torka

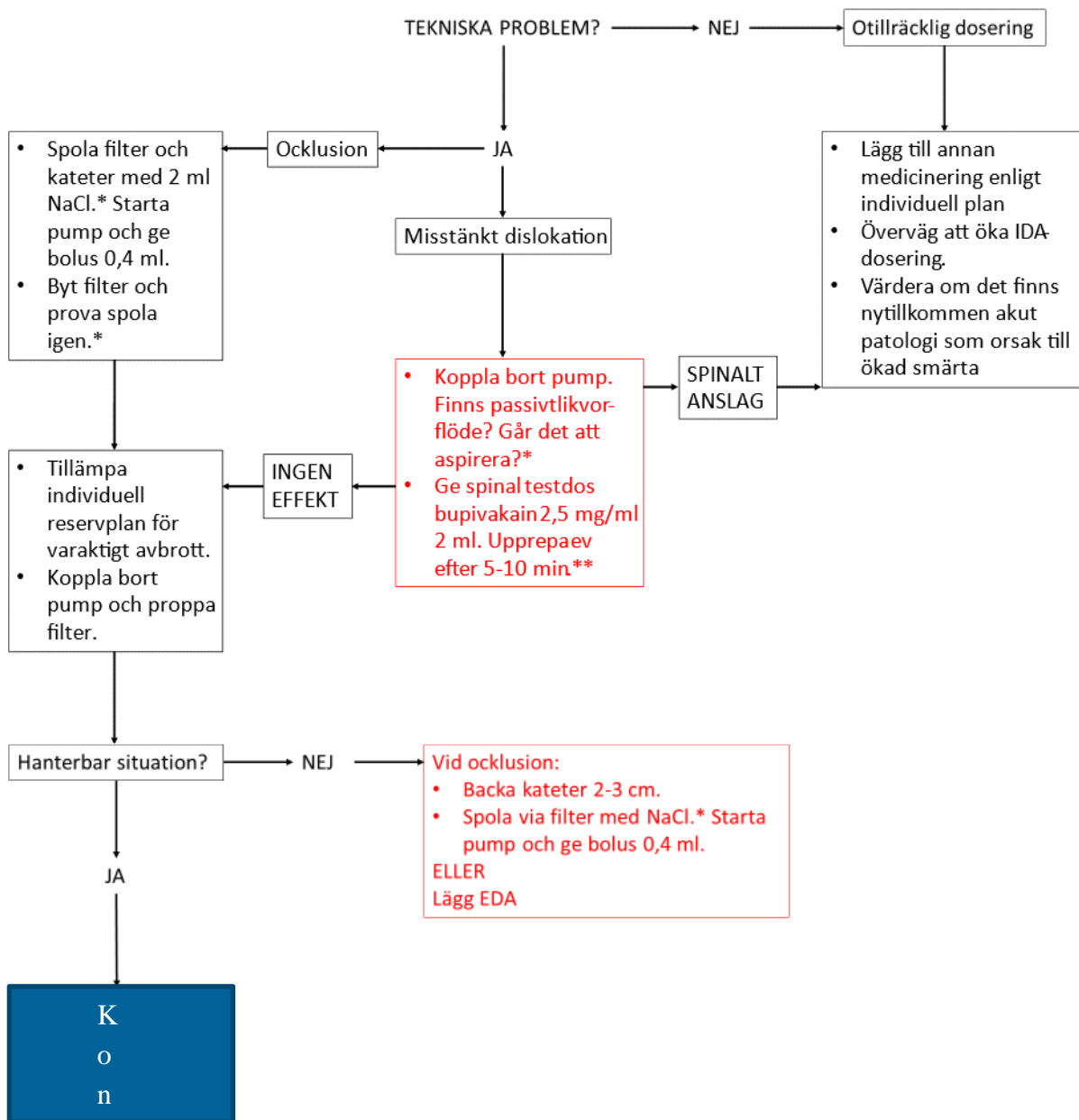
Aspirera 1ml likvor som kastas

Aspirera sedan likvor till planerade prover.

Sprita av kopplingen och låt torka.

Koppla på filter med slang och ge klinikerbolus på 0,2 ml.

Starta pumpen med samma inställning som tidigare.



Svart text innebär åtgärder som oftast kan utföras i hemmet av vårdpersonal under guidning av anestesijour telefonledes. Röd text innebär att åtgärd bör ske på sjukhus av anestesijour. Faktorer som bör beaktas är patientens vilja och medicinska tillstånd samt vilken medicinsk kompetens som finns att tillgå i hemmet.

För att ändra dosering i pumpen och för att ge klinikerbolus anges kod 997.

*Moment som innebär att systemet öppnas medför risk för bakteriell kontamination. Den som utför detta moment skall vara väl förtrogen med aseptisk teknik.

** Om kateterspetsen ligger på cervikal eller hög thorakal nivå ovan Th 7, skall i stället försiktig titrering göras med 0,5 ml i taget.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Smärtenhet NU-sjukvården

Innehållsansvar: Katarina Sisolakova, (katsi2), Överläkare

Granskad av: Katarina Sisolakova, (katsi2), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10086-1899456876-33

Version: 3.0

Giltig från: 2025-12-22

Giltig till: 2027-12-22