

Gäller för: Operation NÄL

Innehållsansvar: Paula Bister, (isabi), Överläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Giltig från: 2025-03-19

Giltig till: 2027-03-19

Kolorektal kirurgi (laparoskopisk inkl robotassisterad)

Revidering i denna version

Tillägg av ”inklusive robotassisterad kirurgi” i titeln.

Revidering under rubrik: Anestesiförslag, Övrigt, Utrustning, Praktiska råd

Bakgrund och syfte

Kirurgisk behandling av cancer eller i vissa fall inflammatorisk tarmsjukdom.

Denna rutin är utformad i enlighet m ERAS-konceptet.

Rutinen syftar till ett säkert omhändertagande för patienter enligt ovan.

Alla elektiva tarmresektioner kommer att registreras i EIAS databas.

Vilka berörs

Anestesi- och operationssjuksköterskor, anestesiläkare och undersköterskor på operation, NÄL.

Anestesiformer och förberedelser

- TEDA läggs enbart på laparoskopisk sigmoideumresektion p g a divertikulit och laparoskopisk rektumresektion.
- Laparoskopisk rektumamputation får Morfin-Spinal och Gabapentin i premedicinering.
- Övriga laparoskopiska operationer får perop. Catapresan och Dynastat, förutom vid låga rektumanastomoser där ej NSAID skall ges.
- Vid sigmoideumresektion sätts nålar i vä arm och vid hö sidig hemicolektomi sätts nålar i hö arm.
- Vid rectumamputation vändning till bukläge och då spiralförstärkt endotrachealtub som fästs med bomullsband eller specialtejp. Efter vändning kontrollera tubläge, ögon och öron.
- Patienterna kommer att ha erhållit preoperativ kolhydratdryck senast 2 tim före anestesistart. Se separat rutin.

Anestesi

- **Premedicinering**
Alvedon. INGA långverkande morfinpreparat.
Gabapentin 300 mg till laparoskopiska rektumamputationer.
- **Anestesikort:** Intubation - Propofol/Remifentanil-TCI/Sevofluran/Rocuronium.
- Noradrenalin 0,01 mg/ml.
- Om patienten skall ha **TEDA**, denna läggs på Th9-11 nivå vid coloningrepp och Th11-12 om det är rectumresektion. Standardblandning.
- Vid lap. rektumamputation skall patienten ha en **Spinal** med isobar Marcain 5 mg/ml 3-4 ml och Morfin special 0,4 mg/ml, 0,2mg=0,5 ml.
Till patienter > 80 år ges Morfin special 0,1 mg=0,25 ml.
- Anestesidjup kan behöva monitoreras med [BIS](#).
- [Neuromuskulär monitorering](#) enligt rutin.
- [Undvik hypotermi enligt rutin](#) med värmetycke och varma vätskor.
- Intraoperativ glykemisk kontroll hos diabetiker.
- PONV prevention.

Hemodynamisk kontroll

1. Peroperativ **vätsketerapi** med Ringer-Acetat 2-3ml/kg/timme.
2. Peroperativ **volymterapi** skall genomföras som individualiserad målriktad vätsketerapi med bolusdoser av Albumin alt. Ringer-Acetat baserad på objektiva mätningar av hypovolemi med cardiacoutput mätning med Hemosphere.
3. **Hypotension** när patienten bedöms normovolem behandlas med noradrenalin.
4. **Inotropa droger** vid behov.

Övrigt

Då **opioidbesparande strategi** förbättrar återkomst av tarmfunktion skall inte profylaktisk Oxynorm ges till patienter med fungerande EDA i samband med väckning utan istället kan bolusdos i EDA ges.

Till **patienter som ej har EDA** kommer kirurgerna lägga utökad lokalanestesi. Om inte kontraindikation föreligger ges Dynastat, Catapresan, Ondansetron, Betapred. NSAID ges dock ej till rektumanastomoser. Oxynorm ges i tillägg vid väckning till de som inte har EDA.

Utrustning

Standard. Värmemobil. CADD-Solis pump för Standardblandning. Braun volympump för noradrenalin. Braun sprutpump för TCI Remifentanil. TOF. Ev BIS. Tempmätning. V-sond.

Artärnål med **Hemosphere** tryckset.

Noninvasiv Cardiacoutput mätning (Hemosphere, FloTrac).

Blodgruppering/Bastest

Ja/Ja.

Praktiska råd

- På **förberedelserummet** PVK efter behov en vardera till Remifentanyl, Noradrenalin alt Octopus. Artärnål sätts. Monitorering startas. Koppla Ringer-Acetate och vid behov remifentanyl i sederingsdos. EDA alt. spinal läggs om det är sådant ingrepp. Stödstrumpor. Benvärmare sätts på.
- **Hemisphere** kopplas upp på salen för att få patientens utgångsvärden före sövning.
- **Noradrenalininfusion** startas före sövning och titreras under anestesistart för att motverka kärl dilatationen.
- **Tubstorlek:** Vid operationer då patienten är kraftigt tippad med huvudet nedåt används tub nr 7 till kvinnor och tub nr 8 till män.
- Skydda ögonen med ögontejp.
- **PEEP** ökning enl ansvarig narkosläkare.
- Före patienten skall tippas tillbaka i planläge sug rent i svalg och öka noradrenalin dosen.
- **Standardblandning i EDA** startas när stabil cirkulation uppnåtts enligt anestesiläkarens ordination.
- Narkosläkaren ordinerar vid vilken **SVI** (slagvolymindex) åtgärd skall vidtas, t ex. 80% av utgångsvärdet på SVI.
- **Postoperativa ordinationer:**
 - Målordinera till UVA: VAS, BT, diures (0,5ml/kg/timme, uträknat på 4 timmar) samt vid vilken SVI gräns de skall ta kontakt.
 - Fri dryck inkl. näringsdryck ordinerar. Infusion postop. enbart vid behov. Volymsoptimering vid behov.
 - T Emgesan 250 mg 4 x 2 ordinerar till alla förutom de som fått ileostomi, första dosen ges operationsdagens kväll.
 - Till rektumamputationer: T Gabapentin 300 mg op. dagens kväll och därefter 300mg x 3 (Detta skal vara ordinerat av kirurgerna)

Operationsbord/läge

- **Unibord** och antiglidmadrass grön i ryggläge. Stjärten skall ligga ca 10 cm utanför operationsbordskanten, blöja under.
- Benen skall ha benvärmare, hö ben sänks och vristerna fästs med specialrem för ev gynläge.
- Vid sigmoideumresektion, vä-sidig hemicolectomi och rectumop skall höger arm ligga längs kroppen i låg armskena som placeras så långt in under patienten som möjligt men inte för långt ned. Polstra armen med vadd och handen med värmesocka. Vänster arm på armbord.
 1. Vid hö-sidig hemicolektomi omvänt med vä arm längs med kroppen och hö i armskena.

Risker

- Risk för höga insufflationstryck och ventilationssvårigheter pga att patienten under större delen av operationen ligger extremt tippad med huvudet nedåt. Höj ev. PEEP-nivån
- Patienten bör vara väl muskelrelaxerad under ingreppet.
- Var observant på att patienten kan glida vid lägesändringar.

Referenser

- Feldheiser A, Baldini G, Ljungqvist O, m fl: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery. Part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiologica Scandinavica Nov 2015 Vol 59 Issue 10 p1212-1231
- Feldheiser A, Baldini G, Ljungqvist O, m fl: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery. Part 2: consensus statement for Anaesthesia practice. Acta Anaesthesiologica Scandinavica Mar 2016 Vol 60 Issue 3 p 289-334

Robotassisterad kolorektalkirurgi

Anestesiförslag

- Samma anestesiform som för laparoskopisk operation enl ovan.
- Vanlig tub kan användas, vid behov kan spiraltub användas.
Vid rektumamputation med buk läge alltid spiraltub.
- Viktigt att patienten är väl muskelrelaxerad,
följ TOF var 15:e minut, mål TOF 0.

Operationsbord/läge

- Universalbord med antiglidmadrass (Pink Pad).
- Narkosbåge "lakritsbåge".
- Båda armarna längs med kroppen.
- Oftast infarter inkl artärnål på vänster sida.
Sätt förlängningar och kontrollera så ingen knickbildning sker.
(Ta bort förlängningarna innan patienten lämnar salen.)
- TOF mätare på andra armen.
- Bröstrem fästes.
- Efter sövning provtippa patienten med huvudet nedåt och kontrollera att patienten inte har glidit genom att tippa tillbaka till planläge och kontrollera detta, därefter åter tippning till önskat läge oftast 25 grader med huvudet nedåt och 5-10 grader tiltat åt sidan.
- Roboten pådockas.
 - Vid sigmoideumresektion och rektumresektion ställs 2 robotenheter på vardera sidan om patienten.
 - Vid hö sidig hemicolektomi ställs 3 enheter med robotarmar på vä sida och 1 enhet på hö sida.
- Vid tekniska problem ring Nawar 0706-262582
- Vid övriga frågor ring Claes 0793-480288, dessa telefonnummer kan ändras se på tavlan på op salen.

OBS! Operationsbordsläget vid robotassisterad kirurgi är strängt förbjudet att ändra!

Operationsbordskontrollen skall efter pådockning vara låst och sitta i laddstationen på väggen.

Vid incheckning namnges personerna som skall sköta avdockning i händelse av nödsituation.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation NÄL

Innehållsansvar: Paula Bister, (isabi), Överläkare

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-111

Version: 11.0

Giltig från: 2025-03-19

Giltig till: 2027-03-19