

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-03-05

Innehållsansvar: Anders Paulsson, (andpa1), Överläkare

Giltig till: 2027-03-05

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Subkutan venport - handläggning

Innehållsansvariga:

Anders Paulsson, överläkare An-Op-IVA, SkaS Skövde

Anders Winterfeldt, överläkare An-Op-IVA, SkaS Skövde

Revideringar i denna version

Borttagning av stycke angående tvätt före operation på sid 2.

Bakgrund, syfte och mål

Föreskrifter om användning av subkutan venport på SkaS Skövde

Indikation: Långvarigt intermittent behov av venös access där PVK (perifer venkateter) eller vanlig CVK (central venkateter) ej bedöms tillfyllest, exempelvis cytostatikabehandling, intermittent TPN (total parenteral nutrition), upprepad provtagning eller intravenös läkemedelsbehandling hos svårstucken patient.

Vid långvarigt kontinuerligt behov till exempel daglig TPN är en PICC-line eller tunnelerad CVK ett bättre alternativ.

Den stora vinsten med port är att hudbarriären är intakt då den ej används.

Sedan flera år används på SkaS Skövde endast portar godkända för trycket (max 300 psi) vid kontrastinjektion med tryckspruta på röntgen, om tryckgodkänd 19 G Hubernål används.

Arbetsbeskrivning

Operationsanmälan görs i Orbit och gäller även som remiss. Vanlig remiss kan också användas.

Att tänka på för remitterande läkare är:

1. lämplig implantationstidpunkt i förhållande till påbörjad eller planerad cytostatikabehandling
2. om man önskar använda porten samma dag, då vi i så fall sätter nål i porten på operationssalen, samt
3. om speciella skäl för generell anestesi finns
4. uttalad blödningsbenägenhet

Telefonnummer till ansvarig koordinator (nord) 0500-432952.

Medicinska frågor om portar hänvisas i första hand dagtid till implanterande läkare:

Per Lorentzen tel 73669

Hans Henrik Falmer tel 31476

Anders Paulsson tel 31475

Joel Wallén tel 78773

Anders Winterfeldt tel 73677

Anna Widunder tel 73696

I andra hand till anestesijour tel 32020

Preoperativt: Någon rutinprovtagning krävs ej. Vid misstanke om ökad blödningsbenägenhet tas prover på ordination från operatören.

Patienten ska vara fastande.

Preoperativ tvätt av hals samt övre ventrala thorax med klorhexidintvål (Descutan).

Peroperativt: Lokalanestesi, vid behov kompletterat med sedering är rutin. Generell anestesi vid behov.

Antibiotikaprofylax med engångsdos av 2 g Cloxacillin intravenöst. (600 mg Dalacin intravenöst vid Pc-allergi) ordinerar av operatör och ges omedelbart preoperativt på salen.

Ingreppet görs med sedvanlig operativ sterilitet och med assistans av operationssköterska. Porten placeras medioklavikulärt på vänster sida om ej lokala anatomiska skäl (tumörväxt, trombos, strålning, ärr) eller patientens önskemål, gör att man väljer höger sida.

I första hand friläggs vena cephalica, och i andra hand punkteras vena subclavia eller vena jugularis interna. Vid punktion finns risk för stickkomplikationer framförallt pneumothorax och intrathorakal blödning, ej vid friläggning. Ultraljud används vid behov.

Genomlysning med kontrastinjektion används för korrekt placering av kateterspets i nedre vena cava superior eller övre delen av höger förmak. Korrekt spetsläge, fritt avflöde från spetsen och inget läckage längs systemet ska kontrolleras av operatören och dokumenteras i operationsberättelsen. Kateterspets i förmaket ger troligen bättre backflöde.

Om porten ska användas samma dag lämnas en nål kvar i porten.

Postoperativt: Innan hemgång kontrolleras att ej hematombildats.

Vidare efterhörs symtom på pneumothorax om punktion gjorts. Akut röntgen pulm görs om misstanke finns och symtom ska aktivt efterfrågas innan hemgång.

Normalt kan porten användas direkt. Hematom/postoperativ svullnad kan lyfta ut nålen ur porten vid tidig användning. Detta måste kontrolleras av den som använder porten tidigt postoperativt.

Röntgenkontroll med kontrast görs endast undantagsvis eftersom inläggning sker med genomlysning med kontrast.

Ett specialfall är de patienter som ska få sin första/hela behandling på SU. På önskemål från SU ska dessa patienter röntgas på SkaS Skövde före behandling.

Vad gäller **handhavande** av venportar (nålsättning, injektion, infusion, provtagning, omläggning, kranbyte) hänvisas till vårdhandboken.
www.vardhandboken.se

Observera att endast specialnål, så kallad Hubernål, får användas för att punktera membranet.

För att förebygga stopp ska systemet genomspolas med NaCl 9 mg/ml, så snart ej infusion går. Särskilt viktigt är detta efter blodprovstagnning, blodkomponentsgivning samt TPN. 60-100 ml koksalt ska användas, till små barn minst 1 ml/kg. För vilande system krävs ingen regelbunden spolning.

Heparinisering används inte längre.

Komplikationer

Portar utan backflöde, men med fungerande inflöde.

Tänkbara orsaker är:

- koagel/avlagringar i katetern
- kateterspetsen ligger mot kärlväggen
- extravasalt läge av kateterspetsen
- skada på katetern, ”subclavian crush”
- katetern har lossnat från porten
- Hubernålen sitter inte i porten

Åtgärder:

Kontrollera att nålen sitter rätt.

Pröva lägesändringar av huvud och armar, krystning, sänkt huvudända.

Kontrollera i operationsberättelsen att initial genomlysning med kontrast var utan anmärkning.

Spola kraftigt med 20 ml NaCl 9 mg/ml, upprepa vid behov några gånger.

Koppla en infusion på 100 ml NaCl 9 mg/ml och låt droppa in via vanligt infusionsaggregat, ej pump. Observera patienten noga avseende lokala och allmänna symtom och testa backflöde var 50:e ml.

Om trots detta inget backflöde, gör röntgen med kontrast. Om denna är utan anmärkning får systemet användas. (Remiss skrivs av implanterande läkare eller anestesijour.)

Om samma problem upprepas vid nästa behandlingstillfälle ges vätskeinfusion med 500 ml NaCl

9 mg/ml. Om detta fungerar utan anmärkning utan lokal svullnad, smärta eller andra lokala eller generella obehag för patienten kan systemet användas utan ny röntgen 6 månader framåt.

Om **trögt inflöde och trögt/inget backflöde** försöks Actilyse- eller saltsyrebehandling av systemet enligt [särskilt styrdokument](#). Om detta inte hjälper röntgas porten med kontrast. Ibland kan orsaken vara knick på katetern som kräver kirurgisk revision.

Generellt gäller frikostighet med röntgenkontroll med kontrast vid misstanke om felläge eller läckage. Frågeställningarna spetsläge, fritt avflöde samt läckage ska då besvaras.

Infektion

Tecken på lokal infektion är svullnad, rodnad, ömhet och purulent sekretion vid porten eller den subkutana delen av katetern.

Tecken på systemisk infektion är feber, frossa eller septiska symptom som takypne, desaturation, takykardi, hypotension eller påverkat sensorium.

Vid misstanke om lokal eller systemisk infektion kontaktas implanterande läkare eller anestesijour. Vanligen behöver porten tas bort och antibiotika ges.

Vid tveksamhet om infektionsfokus konsulteras infektionsläkare och parad blododling från port och perifert blod samtidigt kan övervägas. Innan beslut tas om explantation ska implanterande läkare och/eller infektionsläkare göra en bedömning.

Trombos

Trombos eller stenosis i kärlen är relativt vanligt vid långtidsanvändning av centrala katetrar men enbart symtomgivande tromboser behandlas. Symtom, diagnostik och behandling är i princip densamma som för annan DVT.

Tecken på trombos är svullnad, rodnad, värmeökning och smärta i armen samt ökad yttlig venteckning på thorax. Ibland även dålig funktion hos porten.

Vid misstanke om symtomgivande trombos kontaktas implanterande läkare eller anestesijour och diagnostik och behandling handläggs i samråd med moderkliniken. Om porten fungerar behöver den inte tas bort om fortsatt behov finns.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Anders Paulsson, (andpa1), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-262

Version: 9.0

Giltig från: 2025-03-05

Giltig till: 2027-03-05