

Gäller för: VE Kard Inf Hud Njur Gastro

Giltig från: 2025-05-16

Innehållsansvar: Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

Giltig till: 2027-05-08

Granskad av: Anna Wärme, (annwa49), Processchef

Godkänd av: Andreas Lestander Melin, (andle15), Verksamhetschef

# Bräck vid PD- njursjukvård

## Revideringar i denna version

Ändring av innehållsansvarig och arbetsgrupp.

## Syfte

Beskriva rutiner för handläggning av bräck vid peritonealdialys då det skiljer sig från handläggning av bräck på icke PD-patienter. Gällande läckage, se även styrdokument ”CT-peritoneografi vid läckage av PD-vätska – njursjukvård” (Barium-id: 24878).

## Ansvar

Upptäckt av bräck hos PD-patient bedöms primärt av *njurmedicinläkare* och beslut om den fortsatta dialysbehandlingen samt subakut remiss till akut/övre-gastroteamet, kirurgmottagningen (se normalrutin nedan). Dessa patienter skall handläggas skyndsamt av kirurg med förståelse för PD och konsekvenserna/riskerna med uppkomna bräck vid PD (se nedan). Patienten vårdas på njurmedicinavdelningen i samband med operationen. *Kirurgen* ansvarar för operationsindikation, beslut/önskemål/planering relaterat till operationen samt riktlinjer för vad som gäller postoperativt. *Njurmedicin* ansvarar för den inläggande och medicinska vården i övrigt och bedömning av dialysbehov postoperativt.

## Bakgrund

Vid peritonealdialys finns vätska i bukhålan intraperitonealt som bidrar med ett hydrostatiskt tryck på bukväggen. Det gör att patienter som är predisponerade för bräck, lättare kan få det efter PD-start. Om det föreligger bräck innan PD-start måste det åtgärdas för att möjliggöra PD och remitteras på sedvanligt sätt för åtgärd i god tid innan PD-kateterinläggning. Om det är mindre bräck, företrädesvis navelbräck, kan det diskuteras med kirurg i PD-teamet för eventuell operation i samband med PD-kateterinläggning. Större ärrbräck är ofta en kontraindikation för

PD, då de oftast inte går att åtgärda tillräckligt för att ”hålla” för PD. Se vidare styrdokument ”*Operation inläggning peritonealdialyskateter (Operation PD-kateter), handläggning – njursjukvård*” (Barium-id: 24976).

*Riskerna med bråck under pågående PD-behandling är dels läckage av PD-vätska ut i till exempel skrotum, retroperitonealt eller subkutant (med risk för subkutan infektion och nekros av subkutan vävnad om PD-peritonit tillstöter). Risken för progress av bråcket och inklämning är större hos denna patientgrupp p g a det högre intraperitoneala trycket. Om en, om så bara subklinisk inklämningsepisod sker, är risken stor att det ger ischemisk eller mekanisk skada på till exempel tarmvägg, så att en genomvandringsperitonit blir följden.*

## Normalrutin

Beroende på bräckstorlek, känd IPP, eventuella symptom eller tecken till läckage, kan patienten antingen så kort tid som möjligt i väntan på operation fortsätta med PD under ”aktiv exspektans”, ofta med mindre volym i buken dagtid eller byte till APD nattetid och tom buk eller låg volym dagtid om restnjurfunktionen tillåter. Alternativt temporärt i HD (alltid olyckligt med tanke på komplikationsrisker CDK och förlust restnjurfunktion). Denna bedömning görs av *nefrolog* (jourhavande/konsult eller PAL) via PD-mottagningen.

- *Nefrolog (delegeras vid behov till PD-sköterska)* kontaktar telefonledes någon av övre-gastro-kirurgerna i PD-teamet (kontaktuppgifter finns anslaget på PD-mottagningen) för att samordna en tid för konsult på PD-mottagningen:
  1. Ska bedömas högprioriterat och patienten ska inte hanteras/bedömas som ”vanliga” bräck på grund av konsekvenserna/riskerna med uppkomna bräck vid PD (se ovan).
  2. Generellt önskvärd operation med nät, både för ökad hållfasthet och för att möjliggöra återstart PD i princip direkt postoperativt.
  3. Om det av kirurg önskas kartläggning av bråcket morfologiskt på något sätt före operation, var god se styrdokument ”*CT-peritoneografi vid läckage av PD-vätska – njursjukvård*” (Barium-id: 24878) och samverkan med PD-mottagningen.
  4. Önskvärt att peroperativt vård på njurmedicinavdelningen, speciellt om fortsatt PD-behandling eller kortvarigt

uppehåll PD inför operation och om möjligt starta PD inom något dygn postoperativt.

- *Ansvarig kirurg* tar ställning till eventuellt uppehåll antikoagulantia, eventuella önskemål preoperativt narkoskonsult och gör operationsanmälan i Orbit.
- *Operationskoordinator "övre gastro" på kirurgen* meddelar PD-sköterska för planering av preoperation vård på njurmedicinavdelningen.
- *PD-sköterska* skriver in patienten i almanackan på njurmedicinavdelningen samt ger nödvändig information till avdelningen.
- Patienten informeras både av PD-sköterska i samband med planeringen och av inskrivande läkare att man först vid operationen definitivt kan ta ställning till om det går att starta PD igen direkt postoperativt, alternativt hur länge man måste vänta på återstart och i så fall utifrån restnjurfunktion eventuellt behov av tillfällig HD. *I så fall kan det hända att man direkt vid operationen också lägger en CDK!*

## På vårdavdelning inskrivningsdagen

- *Avdelningsläkaren* skriver in patienten, ordinerar premedicinering och dropp (enligt nedan) samt eventuella kompletterande prover/undersökningar.
- *Sköterska* - Informerar patienten om fasta från 6 timmar före operation, klara drycker fram till 2 timmar före operation. (Se övergripande styrdokument för SkaS "Preoperativ fasta" (STY-id: SKAS9695-1808319850-225).
  - Har patienten magen igång? Viktigt motverka förstoppning. Klyx vid behov (ej närmaste 12 timmarna före operationen).
  - Dusch med Descutan.
  - Meddelar sjukgymnasten att kateteroperation är planerad.
- *Sjukgymnasten* instruerar patienten i teknik att komma i och ur säng.

## Prover och mätvärden

- Blodstatus, elstatus, CRP, PK (om Waran med uppehåll preoperativt), P-glukos om diabetiker.
- Blodgruppering, alternativt kopia på blodgruppering
- EKG
- Vikt och blodtryck

## Preoperativt, operationsdagens morgon

- Dusch med Descutansvamp.
- Operationskläder.
- *Ansvarig kirurg* operationsmarkerar.
- Uppmana patienten att tömma blåsan före premedicineringen.
- Premedicinera enligt ordination cirka 30 minuter före operation.

## Premedicinering (Ordinationsmall ”PD-kateter in” kan

användas **MEN – OBS** - med byte av antibiotikaordination till nedanstående):

- Dropp: Glukos 5 %, 500 ml, 75 ml/timma, startas redan på morgonen/förmiddagen p g a fasta. Om diabetespatient, följ styrdokument ”*Diabetes och operation*” med STY-id: SKAS9695-1808319850-116.
- Tablett Alvedon 1 gram per os.
- Injektion Ketogan 5 mg/ml, ½ ml subkutant.
- Infusion Nebcina engångsdos 1,5 mg/kg iv.

## Postoperativt ombeds *ansvarig kirurg* återkoppla muntligt till

*ansvarig läkare på njurmedicinavdelningen* (som dokumenterar i daganteckning) om postoperativa rekommendationer avseende suturer, omläggningar, när återstart PD är möjlig etc.

I normalfallet bör det alltså enligt väl beprövad erfarenhet gå bra att återstarta PD 24(-48) timmar efter operationen. Helst lite försiktigt med mindre volym och om nödvändigt för dialyseffektiviteten kompenserat med fler manuella byten, upptrappning under 1–4 veckor postoperativt. Alternativ kan vara APD natt med fyllvolym 1,2–1,5 l och torr dag första 1 (-2) veckorna. (För ordination se styrdokument ”*Akut peritonealdialys (PD) – behandlingsstart*” med Barium-id: 24786).

## Övrig information

Detta styrdokument är i januari 2021 presenterat för och justerat i samråd med nyupprättat PD-team bestående av nefrologer representerade av medicinskt PD-ansvarig överläkare Margareta Rydström, PD-sjuksköterskor PD-mottagningen samt övre gastrokirurger representerade av kirurgsidans processledare specialistläkare Christian Kirnö och specialistläkare Isak Arvidsson, samtliga Skaraborgs Sjukhus, Skövde. Därtill förankrat hos respektive chefer.

# Arbetsgrupp

## *Innehållsansvarig*

Maria Johansson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde.

Lukas Sjöberg, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde.

Ann Karlsson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde.

Åsa Andersson, Sjuksköterska, PD-mottagningen, SkaS Skövde.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Kard Inf Hud Njur Gastro

**Innehållsansvar:** Ida Pontén, (idapo1), Enhetschef

**Granskad av:** Anna Wärme, (annwa49), Processchef

**Godkänd av:** Andreas Lestander Melin, (andle15),  
Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9715-1834850575-22

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2025-05-16

**Giltig till:** 2027-05-08