

Gäller för: VE Barn o Kvinna, VE Kir Uro Pall Onkologi

Giltig från: 2025-05-15

Innehållsansvar: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Giltig till: 2027-05-31

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Misstänkt uretärskada - handläggning

Granskat även av Alexander Wilpart, processchef urologkliniken och godkänt av Christian Göransson, verksamhetschef VO2.

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

Preoperativ uretärskada är en ovanlig, men allvarlig, komplikation som tjänar mycket på snabb och korrekt handläggning. Incidensen uppskattas nationellt via operationsregistret GynOp till cirka 0,5 % vid gynekologisk abdominell eller laparoskopisk bäckenkirurgi¹. Uretärskador vid gynekologisk kirurgi är som regel distal, och om de uppmärksammas peroperativt kan de ofta åtgärdas omedelbart med direktanastomos eller neoimplantation. Efter operationen uppstår ett kort fönster på tre dygn, då akut operativ åtgärd är möjlig. Efter detta gör utläckande urin och postoperativ inflammation att vävnader blir sköra och ödematösa, med ogynnsam anatomi som följd. I detta läge måste njurarna avlastas och åtgärd kan bli aktuell i lugnt skede, tidigast efter tre månader.

Arbetsbeskrivning

Huvudbudskap

- Fördröj inte diagnostik vid misstänkt skada. Förklara i röntgenremisser varför de ska prioriteras. Låt inte svar på undersökningar eller laboratorieprover vänta.
- Ta tidig muntlig kontakt med urologjouren vid behov av råd, eller då en skada föreligger. Vänta inte. Skriftliga remisser fördröjer handläggning.
- Urologen utser en kollega till kontaktperson i det aktuella fallet.

- *CT urografi* och aktuellt *S-kreatinin* är bra analysmetoder. Om det finns ett bukdrän så **ska** kreatinin analyseras på detta utbyte.
- Generös inställning bör råda från bägge kliniker avseende att frikostigt nyttja profylaktisk uretärkateter.

Hur kan risken för urologisk skada minskas?

- Den vanligast förekommande faktorn vid granskning av tidigare skador på kliniken är störd och osäker anatomi, som vid spridd cancer, stora myom, svåra adherenser och avancerad endometriosis. Reagera på detta pre- och peroperativt och vidta åtgärder.
- Överväg vid operativa svårigheter, eller störd anatomi, att lägga in uretärkateter pre- eller peroperativt, för att minimera risken för uretärskador och öka patientsäkerheten. Vi har mellan klinikerna ett gemensamt synsätt att det är bra att vid behov be en urolog om hjälp.
- Överväg om operationen kräver en *erfaren assistent*.
- Vid konvertering på grund av laparoskopiska svårigheter – överväg medellinjessnitt för maximal åtkomst och för att underlätta för andra klinikers operatörer vid eventuellt senare konstaterad skada.
- Var försiktig med suturligaturer och diatermi vid bäckenväggsblödning.
- ***Kartlägg uretärens förlopp vid peroperativ risk för skada, och tillkalla urolog frikostigt. Med fördel kan uretärkateter användas även i detta läge. Överväg blåsinstillation av methylenblått.***

När ska urologisk skada misstänkas?

- ***Preoperativa faktorer kopplade till ökad risk***
Störd anatomi: stora myom som dislocerar parametriet, avancerad endometriosis, spridd cancer, svåra adherenser. Osäker anatomi trots utredning med datortomografi och vaginalt ultraljud. Tidigare bukkirurgi.
- ***Peroperativa faktorer kopplade till ökad risk***
Överraskande anatomi. Avancerad adherenslösning. Blödningsproblematik i anslutning till bäckenväggen.
- ***Postoperativa faktorer som signalerar misstänkt skada:***
Stigande S-kreatinin, låg diures eller anuri, onormal smärta, peritonit. Observera att vid helt avstängd uretär kan njuren stängas ner och skadan bli ”tyst”. Tänk vidare på att även blåsskador fö-

rekommer, och då ofta presenterar sig med mer akuta symtom och svårare smärta.

Rekommenderad handläggning vid misstänkt skada

Diagnostik

1. *Allmän undersökning* med bukstatus – har patienten utvecklat peritonit? Eventuellt gynundersökning med vaginalt och abdominellt ultraljud – vätska i fossa Douglasi, dilaterad uretär/njurbäcken, sammanfallen blåsa?
2. *Elektrolytstatus och eventuellt crp* – kreatininstegring eller onormalt hög inflammation? Glöm inte att analysera kreatinin på vätska från ett eventuellt bukdrän!
3. *Akut DT urografi* om risk för skada bedöms föreligga. Överlägg med urologjour vid tveksamhet. Skriv remissen för hand om du inte kan försäkra dig om snar sekreterarhjälp. Inled den gärna enligt nedan för att betona vikten av snabb undersökning. Markera akut undersökning och att preliminärsvår önskas. Bevaka svaret.

”Postoperativ dag X efter OPERATIV ÅTGÄRD Y med klinisk misstanke om peroperativ uretärskada. Akut operativt åtgärdsfönster begränsas i så fall till tre dagar postop. Därför tacksam prioriterad akut undersökning och skyndsamt svar.”

(Byt ut VERSALER mot aktuella uppgifter.)

För mer information se styrdokumentet [Misstänkt uretärskada – röntgenologisk diagnostik – gynekologii](#).

4. *Dokumentera* din misstanke och utförda/beställda undersökningar. Fasta patienten på vid indikation.
5. *Rapportera* patienten till nästa team vid personalbyte.

Åtgärder vid påvisad skada

1. Omedelbar *mundlig kontakt* urologjour. Skriv inte remiss. Vänta inte till nästa morgon. Fasta patienten direkt.
2. *Urologkliniken* utser snarast en dedikerad kontaktperson för detta fall.
3. Urologisk snar vidare diagnostik involverar vanligen operativ åtgärd med uretärskopi alternativt exploration.
4. *Operativ åtgärd* kan ofta utföras i ett akut skede om diagnostik möjliggör reoperation inom tre dygn. Nästa fönster, ”lugnt skede”, öppnas vanligen först efter tre månader.

Postoperativt

1. Överenskom om *vilken diagnostik* som ska utföras postoperativt och *vem* som ansvarar för vilken uppföljning innan patienten går hem. Vem kallar till återbesök, skriver eventuella remisser för uppföljande röntgenundersökningar, byte av pyelonefrostomier, dragning av pigtailkatetrar med mera?
Som regel sköter urologen det urologiskt specifika.
2. ***Dokumentera kommande planering i journalen.***

Vikten av att minimera tidsförluster

Tidsfönstret för akut operativ åtgärd är som regel *tre* dagar. Inom denna tid ska ofta flera saker ske, ibland parallellt, som röntgenologisk verifiering av skada och operativ diagnostik. Urologkliniken ska även planera om sitt schema för en tidskrävande akut operation med stora kompetenskrav. Det är därför viktigt att minimera tidsförluster i varje led, och prioritera handläggningen av denna patient, såväl dag- som jourtid.

Säkerställ därför också att informationen går vidare till nästa ansvariga team vid personalbyte.

Arbetsgrupp

Pasi Bauer, kvinnokliniken och Ulrik Albertsen, urologkliniken.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna, VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-206

Version: 6.0

Giltig från: 2025-05-15

Giltig till: 2027-05-31