

Överföring av tunntarmsinnehåll till distal tarm hos spädbarn med loopileostomi

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument.

Sammanfattning

Beskriver tillvägagångssätt vid överföring av tunntarmsinnehåll till distal tarm hos spädbarn, yngre än 6 månader, som har en loopileostomi. Överföring av tarminnehåll kan ske kontinuerligt eller via bolusdoser, vilket beskrivs nedan.

Bakgrund och syfte

Tunntarmsinnehåll innehåller värdefull matsmältningssekret som är avgörande för att bibehålla vätska, elektrolytbalans och tarmmikrobiom. En tunntarmsstomi kan leda till otillräckligt tarmlängd med bristande näringsupptag och höga stomiflöden som resultat (1). Överföring av tarminnehåll från proximal till distal tarm kan underlätta oral tillmatning, minska stomiflöden, minska behov av parenteral nutrition samt förbättra leverfunktion och tarmfunktion i distal tarm (3). Vidare minskar överföring av tarminnehåll risken för bakteriell translokation och ger tidigare tarmtömning postoperativt vid sammankoppling av tarm (2, 3).

Överföring av tarminnehåll sker antingen via bolusdoser eller kontinuerlig infusion via sprutpump. Vid bolusdoser ordineras antal tillfällen/dygn, volym och hastighet per överföring. Vid kontinuerlig infusion skall volym och hastighet anges. Överföringsvolym, -hastighet, kateterstorlek (Ch) samt hur långt katetern skall föras in anpassas efter barnets förutsättningar och bestäms i samråd med barnkirurg och stomiterapeut.

Innan överföring påbörjas ska det säkerställas att distal tarm har god passage nedåt, vilket görs via röntgen i distal tarm.

Indikation

- Patient yngre än 6 månader som har loopileostomi.
- När funktionell tarmlängd ej har tillräckligt upptagningsförmåga för full nutrition per oralt.
- Vid höga stomiförluster, när proximal tarm är oförmögen att absorbera tillräcklig vätska och näringsämnen.
- För att förbättra tillväxt och minska TPN-behov

För barn <1500g används inte metoden rutinmässigt, beslut fattas i enskilda fall av barnkirurg.

Kontraindikation

- Enkelpipig stomi utan möjlighet till överföring till distal tarm.
- Hinder eller strikturer i distal tarm.
- Misstänkt Hirschsprung eller Analtresi
- Aktiv infektion: ex Clostridium Difficile
- Om det inte går att anbringa lämpligt stomimaterial för överföring av tarminnehåll
- Patient börjat äta fast föda

Behandlingsmål

- Främja tillväxt
- Normalisera vätskebalans
- Minska behov av parental nutrition (PN) genom att öka längden absorberande tarm.
- Att främja mognad och utveckling av distal tarm. Stärka immunförsvar och tarmflora.
- Minska risk för CVK-relaterade komplikationer

- Minska risk för lever- och njur-påverkan
- Minska risk för postoperativt anastomosläckage

Utförande

Kontroller vid överföring av tarminnehåll till distal tarm

- Mät stomiflöden och dokumentera överförd volym
- Dokumentera rektal tarmtömning (bör ske inom 3 dagar från behandlingsstart)
- Kontrollera bukomfång x 3 första dagarna efter uppstart.
- Observera tecken på smärta, obehag, feber.
- Observera eventuell reflux av tarminnehåll från distal tarm

Kontinuerlig överföring med "The Insides Neo"-kit

Vid kontinuerlig infusion ordinerar volym och hastighet anges.

Överföringsvolym, -hastighet, kateterstorlek (Ch) samt hur långt katetern skall föras in anpassas efter barnets förutsättningar och bestäms i samråd med barnkirurg och stomiterapeut.

Material

- 2-dels stomipåse; "Sensura Mio Baby". Utprovad i samråd med stomiterapeut
- The Insides Neo Reinfusion Kit. Används upp till 4 dagar innan byte
- V-sond, Ch ordinerar av ansvarig barnkirurg/stomiterapeut (Ch 4-8)
- Enfit-spruta 10-50ml
- Adapter Nutrisafe 2 sond, -Enfit
- Förlängningsslang -Enfit
- Sprutpump (försyfted avsedd)

Praktiskt utförande

Förbered stomipåsen enligt följande: Koppla ihop "The Insides Neo"-connectorn i stomipåsen. Koppla därefter ihop v-sond, Enfit Adaptern till connectorn med varandra. För in nästan hela sonden i stomipåsen, låt den längd som skall föras ner i distal tarm hänga ut. Fäst stomipåsen på stomiplattan och för in v-sond i den distala tarmen till ordinerat djup. Fixera katetern med gult clip på utsidan av stomipåsen.

Aspirera ut avföring ur stomipåsen var 3-6 timme med en Enfit-spruta. Sprutan kopplas i avsedd sprutpump och återförs till distal tarm under motsvarande tid (3-6 timmar). Därefter återupprepas proceduren att aspirera ut avföring ur stomipåse och överföra till distal tarm via sprutpump. Var observant på om avföring backar upp ur distal tarm. Justera vid behov v-sondens läge eller infusionshastighet.

Byte av stomipåse var 3–4 dag eller vid läckage.

Vid mycket höga stomiflöden (mer än 10 ml/kg) skall överföringsvolym och hastighet diskuteras med ansvarig barnkirurg.

Barnkirurg ordinerar rektalt lavemang, hud ofta det skall ges och vilken volym. Överväg dagligt lavemang

Överföring via bolusdoser (utan The Insides Neo")

Vid bolusdoser ordinerar antal tillfällen/dygn, volym och hastighet per överföring av ansvarig barnkirurg.

Material

- 2-dels stomiförband. Utprovas i samråd med stomiterapeut
- V-sond, ch ordinerar av ansvarig barnkirurg/stomiterapeut (ch 4-8)
- 5–20 ml spruta som passar till v-sond

Praktiskt utförande

Överföring sker 1–3 ggr/dygn (enligt ordination). Aspirera ut ordinerad volym avföring ur stomipåsen (resterande avföring töms ut). För in v-sond i distal tarm, cm djup enligt ordination. Detta skall kunna ske utan motstånd. Spruta in avföringen långsamt. Om avföring backar tillbaka upp ur stomat, justera om möjligt sondens position eller infusionshastigheten.

Barnkirurg ordinerar rektalt lavemang, hud ofta det skall ges och vilken volym. Överväg dagligt lavemang

Relaterad information

Styrdokument [Tarmstomi hos barn - skötsel](#)

Styrdokument [Lavemang till nyfödd](#)

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen ansvarar ytterst för revision/uppföljning av innehållet i rutinen. ”Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.”

Granskare/Arbetsgrupp

Elisabet Nilebäck Stomiterapeut, Verksamhet Kirurgi barn, Område 1/SU, innehållsansvarig

Roger Olén, Överläkare, Verksamhet Kirurgi barn, Område 1/SU, innehållsgranskare

Matilda Bräutigam, överläkare, Verksamhet Kirurgi barn, Område 1/SU

Erik Axman, Specialistläkare, Verksamhet Kirurgi barn, Område 1/SU

Godkänd av

Cathrine Gatzinsky, verksamhetschef Barnhjärtcentrum och Kirurgi Barn, Område 1/SU.

Referenser

- 1.** Ludlow E, Harrington T, Davidson R, Davidson J, Aikins K, O'Grady G, Bissett I. Evaluating the efficacy and safety of neonatal chyme reinfusion therapy: A feasibility study using a novel medical device. *Clin Nutr.* 2024 Oct;43(10):2253-2260. doi: 10.1016/j.clnu.2024.08.016. Epub 2024 Aug 21. PMID: 39191186.
- 2.** Bhat S, Cameron NR, Sharma P, Bissett IP, O'Grady G. Chyme recycling in the management of small bowel double enterostomy in pediatric and neonatal populations: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN.* 2020 Jun;37:1-8. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.03.013. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32359729.
- 3.** Chyme Reinfusion Therapy – a third way to improve nutrition & Liver status for pediatric & neonatal intestinal failure patients. Gil Hardy. 2024
- 4.** The insides Neo. [Theinsides.co/neo](https://theinsides.co/neo)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Elisabet Nilebäck, (elini33), Stomiterapeut

Granskad av: Roger Olén, (rogsv1), Överläkare, Elisabet Nilebäck, (elini33), Stomiterapeut

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-1013

Version: 1.0

Giltig från: 2025-11-28

Giltig till: 2027-11-27