

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Marie Andersson, (maran195), Överläkare

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Blåsförstorande och funktionshöjande ingrepp

Förändringar sedan föregående version

Cystometri (ej äldre än 6 månader) - tidigare ej äldre än 3 månader.

Operationerna kan göras öppet, laparoskopiassisterat eller i robot.

Operatören beslutar när ökning av spolvolym sker.

Bakgrund

Patienter med neurogen eller annan blåsrubbning som har för liten och stel urinblåsa och/eller inkontinens. Ofta patienter med MMC eller annan spinal dysrafism.

Metod

Mitrofanoff: Appendix används som ett rör, som sys in i blåsan och läggs ut som en kontinent urostomi i hudplanet. Via den sker RIKning. Stomin läggs vanligen till höger nedom naveln.

Monty: Kontinent urostomi som konstrueras med hjälp av 3cm bit av tunntarm. Används när patientens blindtarm inte går att använda.

Ileocystoplastik: En bit av ileum cirka 30-40 cm används för att förstora patientens egen urinblåsa.

Blåshalsplastik: Urinröret försnävas och/eller förlängs för att öka utflödesmotståndet och stoppa urinläckage.

Operationerna kan göras öppet, laparoskopiassisterat eller i robot.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Arbetsbeskrivning

Före inskrivning: Se operationsanmälan. Boka eventuell IVA-plats. Boka RMCD rum (koordinators ansvar men kontrollera att det är gjort.)

Undersökningar som ska vara utförda preoperativt: ultraljud urinvägar alternativt MAG-3, eventuellt MUCG, cystometri (ej äldre än 6 månader).

Patient ska vara informerad av operatör/ansvarig doktor.

Patienten ska ha en fungerande tarmtömningsregim.

Patient ska ha prövat och accepterat RIK om samtidig Mitrofanoff planeras.

Urinodling 1 vecka före inläggningen med svar till DSBUS. Behandling påbörjas vid pos odlingssvar.

Preoperativa förberedelser

Observera att dessa patienter ofta har eller riskerar att utveckla latexallergi. De ska därför alltid i förebyggande syfte behandlas i latexfri miljö.

Prover: Hb, Kreatinin, Na, K, Standardbikarbonat, Blodgruppering, Bastest, blod ska beställas till barnoperation. Urinsticka.

Nutrition: Dygnet före operation ges ”allmän flyt” kost+ näringsdrycker.

Elimination: Patientens regelbundna tarmtömningsregim bibehålls. Från och med två dygn preoperativt ges ett extra klyx per dag. Konsultera ansvarig operatör samt eventuellt tarmterapeut för lavemangsschema samt eventuell läkemedelsordination.

Smärta: PCA-pump. Se till att morfinkassett finns! Dra ut ett PCA protokoll som ansvarig operatör/doktor ska ordinera/signera. Stående ordination på paracetamol, ibuprofen enligt generella direktiv (se smärtpärm). Informera patient samt föräldrar om smärtlindring samt hur PCA-pumpen fungerar. Vänta gärna med ibuprofen tills blödningen avtagit för att undvika koagelbildning.

Epidural anestesi (EDA) om spinalkanalerna är utan anmärkning.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Andning/cirkulation: Blodtryck x 3 vid ett tillfälle. Om det ligger inom normalvärde räcker det med x 1. Narkosbedömning.

Information: Informera samt visa patienten kateterslangar, drän med mera samt annat som tillhör preoperativa förberedelser.

Kontrollera att patienten och föräldrarna är medvetna om vad operationen innebär, även RIK samt spolningar. Ska vara välinformerade av ansvarig doktor.

Eventuellt studiebesök på IVA.

Skicka med till operation:

Antibiotika enligt ordination. Ska vara ordinerat och signerat i läkemedelsmodulen. Provsvar samt blodgrupperingssvar.

PCA- pump med morfinkassett alternativt PCA pump med aktuellt EDA läkemedel, vid planerad epidural.

Postoperativ omvårdnad

CVK: Intravenös tillförsel, eventuellt TPN, antibiotika, PCA pump (om ej fungerande venflon finns).

Exudrän: Ska vara passivt, dras efter läkarordination (vanligen efter 2-3 dygn).

Elimination: Urinmätning under hela vårdtiden. Timdiures så länge urinen är blodig (risk för koagelbildning), därefter mätning av dygnsurin eller enligt läkarordination. Viktigt med ordentligt flöde! Mål 1-2ml/kg/h. Stäm av med operatör/ansvarig urolog.

Klyx aldrig före 4-5:e dagen postoperativt. Återgång till ordinarie tarmtömningsregim när äter som vanligt.

Vanligen klippt suturerad Nelatonkateter via Mitrofanoff till urinblåsan. Under operationsdygnet spolning med 20 ml vid behov. Dag 2 sker spolning var 3e timme med 20 ml NaCl x flera tills klar urin i utbyte i blåskatetrar. Operatören beslutar när ökning av spolvolym kan ske. I samband med RIK-start: spolning varannan RIK, eller efter läkarordination. Barn och föräldrar lärs upp att sköta spolningarna så de

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

är säkra på dessa moment till RIK-start. Ny spruta och NaCl varje dag (NaCl hållbar 12 timmar). OBS! Märk med datum och klockslag.

Cystofix, suprapubisk, suturerad. Spolas x 2 med NaCl 20 ml + vid behov. Ibland kan det vara bra att spola den lika ofta som Mitrofanoffkatetern. Viktigt att aspirera för att få ut flock (tarmludd). Sitter kvar tills RIK fungerar bra. Hålls öppen tills blåsträning börjar. Öppnas därefter vid behov.

Vid samtidig blåshalsplastik är uretrakatetern/stenten i regel proppad och dras efter läkarordination efter 1-2 veckor. Om den sitter hårt – avvakta.

Uretärkatetrar: Ibland har dessa patienter även uretärkatetrar. Dessa gör man i regel inget med. Spolas vid misstanke om obstruktion enligt medicinskt styrdokument. Dras efter läkarordination. I regel tidigast 1 vecka postoperativt.

Ultraljud urinvägar utförs först ett par dagar efter dragnings av uretärkatetrar.

Nutrition:

Eventuell ventrikel-sond under 1-2 dygn beroende på retentioner och illamående.

Eventuellt TPN tills patienten försörjer sig själv. Ansvarig doktor ordinerar. OBS! Ofta neurogen tarm, långsam motorik redan preoperativt!

Klar dryck tills magen kommit igång ("komfortdricka"). "Allmänflyt" när gaser gått. Hör med ansvarig doktor! Allmän kost först när patient har haft avföring.

Tänk på att när stängningar påbörjas får vätskeintaget inte vara för stort! Patienten ska dricka som han/hon är van vid.

Hud/vävnad:

Eventuella suturer tas efter cirka 10 dagar postoperativt, oftast är såren sydda med suturer som går bort av sig själv.

Trycksårsprefylax, avlasta utsatta ställen såsom hälar, rumpa, rygg etc.

Andnings/cirkulation:

Andningsgymnastik tills patienten är fullt mobiliserad. Be gärna sjukgymnast om råd.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Aktivitet:

Dag 0. Vändas gånger flera.

Dag 1. Sitta på sängkant.

Dag 2-3 Sitta uppe i stol

Dag 4. Mobiliserad till uppegående och/eller sitta i rullstol

Observera att mobilisering sker efter läkarordination då det ofta beror på vad för operationsmetod som använts och att vissa kräver sängläge eller rullstol längre tid än andra.

Stängningsschema:

När blåsstängning börjar ska urin och dryckesmätning utföras vid varje öppning/stängning av kateter

Vecka 1-3: Öppna katetrar

Vecka 4: Stängning startar

Dag 1: 45 minuter stängd, 15 minuter öppen, natt öppen

Dag 2: 1 timma stängd, 15 minuter öppen, natt öppen

Dag 3: 1 timma och 15 minuter stängd, 15 minuter öppen, natt öppen

Dag 4: 1 timma och 30 minuter stängd, 15 minuter öppen, natt öppen

Dag 5: 1 timma och 45 minuter stängd, 15 minuter öppen, natt öppen

Dag 6+7: Töm varannan timme tills tomt, natt öppen

Dag 8: RIK-start

Långsammare eller snabbare stängningsschema kan ibland vara indicerad och ordinerar av läkaren.

Hemgångsplanering:

Hjälpmiddelskort tillhandahålls av uroterapeut. Det är viktigt att tidig kontakt etableras med denne så allt kan planeras i god tid. Från avdelningen skickas det med visst material till de första 10 dagarna. Utgörs i första hand av katetrar och spolsprutor samt NaCl.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Recept: Profylax antibiotika + NaCl + ev. info om receptfritt Mitt Val Kvinna.

Commented [MA1]: Vi brukar väl inte ha profylax antibiotika när de går hem och RIK är igång?! Och hemma spolar de ju med kranvatten!

Intyg: Vård av barn + reseintyg.

Återbesök/kontroll: Görs polikliniskt på Uroterapin eller på Regionhabiliteringen i anslutning till RIK-start för stöd de första dagarna, samt 1 månad efter utskrivning med kontroll av RIK- och tömningsförhållanden samt spolningsförfarande. Ansvarig doktor meddelar Uroterapin respektive Regionhabiliteringen som i sin tur kallar patienten.

3 månader efter operation; MAG 3 alternativt ultraljud urinvägar, cystometri, ev.MUCG, Hb, Kreatinin, Na, K, standard bikarbonat, Ca, B12, Folsyra, Urinodling.

1 år efter operation sker samma kontroll som efter 3 månader och ev. Iohexolclearance.

Skötsel hemma:

Månad 1: RIK varannan timma. Kvarvarande kateter nattetid.

Månad 2: RIK var 3:e timma. Kvarvarande kateter nattetid.

Månad 3: RIK var 3:e timma. RIK 1 gång nattetid.

Månad 4: Vecka 1+2: RIK var 4:e timma. RIK 1 gång nattetid

Därefter: RIK var 4:e timma. Ej natt-RIK.

Commented [MA2]: När försöker vi gå upp i storlek (till 12 Ch) i Mitrofanoffen?

Om blåshalsplastik utförts skall extra försiktighet iakttagas.

Spolning: Så ofta det behövs, i början i samband med varannan RIK, sedan individuell glesning beroende på hur mycket flock (tarmludd) det kommer vid spolningarna. Minst ska man spola varje morgon och kväll. Bättre en gång för mycket än en gång för lite.

Kateter byts dagligen, sköljs med hett vatten efter varje användning. Sprutor rengörs och slängs då de inte fungerar eller är trasiga.

Ansvar

Gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom verksamhetsområde Kirurgi Barn, Drottning Silvias barnsjukhus, SU/Östra. Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOFS 2011:9.

Uppföljning och utvärdering

Verksamhetschefen ansvarar ytterst för revision/uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Referens

David L. Weatherly, Konrad M. Szymanski, Benjamin M. Whittam, William E. Bennett Jr, Shelly King, Rosalia Misseri, Martin Kaefer, Richard C. Rink, Mark P. Cain. Comparing inpatient versus outpatient bowel preparation in children and adolescents undergoing appendicovesicostomy. *Journal of Pediatric Urology* (2018) 14, 50.e1e50.e6

Granskare / Arbetsgrupp

Pia Löfgren, Läkare Barnkirurgi, Verksamhet Kirurgi barn, Område 1/SU, innehållsgranskare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Marie Andersson, (maran195), Överläkare

Granskad av: Marie Andersson, (maran195), Överläkare, Pia Löfgren, (pialo2), Sektionschef

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-347

Version: 10.0

Giltig från: 2024-10-03

Giltig till: 2026-10-02