

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Linus Jönsson, (linjo26), Överläkare

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-26

Giltig till: 2026-11-19

# Bukväggsdefekter

## Förändringar sedan föregående version

### Syfte

Att beskriva rutiner för handläggning av barn med bukväggsdefekter.

### Bakgrund

De två vanligaste typerna av bukväggsdefekter är gastroschis (hela eller delar av tarmspaketet ligger utanför bukhålan) och omphalocele (navelsträngsbråck).

Båda typerna kan upptäckas prenatalt vid rutinultraljudsundersökning, som görs i graviditetsvecka 18. Trots att de kan verka besläktade så handlar det om två tillstånd med olika bakgrund och olika associerade missbildningar, där handläggning och prognos delvis skiljer sig åt.

Gastroschis är en bukväggsdefekt, ca 2-3 cm stor, ofta till höger om navelsträngen, där tarmen kommer ut genom bukväggen. Vid gastroschis kan magsäck, tunntarm samt kolon ligga fria och täcks inte av en bråcksäck.

Vid omphalocele utgörs bukväggsdefekten av en vidgad navelring och organen omges av navelsträngens nedre del, som är breddökad. Förutom tarm kan även lever, urinblåsa och gonader finnas i säcken.

## Arbetsbeskrivning

### Prenatalt

De blivande föräldrarna förbereds före förlossning genom samtal med barnkirurg, förlossningsläkare samt vårdavdelning.

## Förlossning

Barn med bukväggsdefekt föds oftast via planerat kejsarsnitt, barn med gastroschis i vecka 36, barn med stora omphalocelen i v38. Vid mindre omphalocelen är kejsarsnitt inte indicerat. Den exponerade tarmen orsakar postnatalet stora vätske-och värmeförluster, därför måste tarmen snarast bäddas in, vid gastroschis med plastfolie och sedan kompresser och elastisk linda och vid omphalocelen oftast med salvkompresser, sterila kompresser och elastisk linda.

## Preoperativ vård på vårdavdelning/BIVA

En intravenös infart för vätskesubstitution och antibiotika sätts. En ventrikelsond sätts för att minska aspirationsrisken samt avlasta ventrikeln. När barnet är uppväskat och stabilt genomförs operationen. Barn med gastroschis opereras samma dag som de föds efter att de har stabiliserats på förlossningen/neonatal. Barn med omphalocelen kan ibland opereras efter något dygn, vanligtvis inom 1-2 dygn.

Målet vid båda diagnoserna är en slutning av defekten vid första operationen.

På barn med stora bukväggsdefekter, *giant omphalocelen*, är bukhålan underutvecklad, levern sitter fast ute i navelsträngen och en stor del utav bukväggen saknas. Primär slutning är då inte möjlig, utan stegvis eller fördröjd slutning måste tillämpas. Barnet läggs då på BIVA med en s.k. silastic påse i väntan på att bukinnehållet successivt kan reponeras till bukhålan och bukväggen slutas. Detta kan ta upp till 3 veckor. Även barn med gastroschis kan behöva att åtgärdas på detta sätt med fördröjd slutning även om det är ovanligare.

## Preoperativ behandling

- Provtagning enligt ordination.
- Beställa blod enligt ordination.
- Descutantvätt enligt rutin.

## Undersökningar

Barn med gastroschis har en låg risk för missbildningar i andra organsystem. Ett hjärtultraljud görs rutinmässigt under vårdtillfället som del i utredningen.

Vid omphalocelen är det vanligare med andra missbildningar. En tredjedel av barnen har någon form av kromosomavvikelse, och en tredjedel har hjärtfel. Dessutom påverkar leverns position operationen när bukväggen skall stängas. Därför kan MR buk och UCG behöva göras innan

operationen. Ultraljud njurar och hjärna skall utföras under första vårdtillfället för att utesluta ytterligare missbildningar.

## Operation

I de flesta fallen kan man under första operationen göra en primär slutning av defekten i bukhålan. Primär slutning innebär oftast en kortare tid till full enteral nutrition samt en kortare vårdtid. Om man under operation ser att buktrycket ökar till en kritisk nivå inriktas istället operationen på att skapa förutsättningar för en fördröjd slutning. Då kan en silastic påse skapad med Gore-Tex eller en prefabricerad silo av plast användas, som omsluter tarmen och fästs vid bukväggsdefekten. Under en till tre veckor kan tarmen stegvis reponeras till bukhålan och bukväggen slutas.

## Postoperativt

- BIVA vård postoperativt.
- Efter operationen trappas respiratorbehandlingen ut i den takt barnet tillåter.

## Postoperativ omvårdnad på vårdavdelning

### Andning/Cirkulation

- Högflödesgrimmalt. syrgas vid behov
- Kontroll av andningsfrekvens, puls, temp
- Blodtryck vid behov
- Kontinuerlig kontroll av O<sub>2</sub> – saturation med pulsoximeter

### Nutrition

- Viktkontroll dagligen.
- Längd och huvudomfång enligt rutin.
- Ventrikelsond öppen initialt, stängs efter ordination.
- Initialt svält.
- Försiktig tillmatning per os enligt ordination.
- Mat räknas på 175-200 ml/kg/dygn.
- TPN/Numeta.
- Amningsträna

### Elimination

- Urinmätning, diures 2 ml/kg/tim.
- Blåskateter dras när Morfin/EDA avslutas.

- Avföringsmätning.
- NaCl lavemang x 2-3/dag enl. ordination.
- Tarmsond vid behov.

## Hud

- Bukomfång mäts x 3.
- Kontroll av operationssår/förband, omläggning vid behov.
- Omläggning av CVK enligt rutin.
- CVK dras när barnet är fullmatat efter ordination.

## Smärta

- Smärtskattning x 8.
- Smärtlindring enligt ordination.

## Psykosocialt

- Information, läkarsamtal med föräldrar. Diagnosrelaterad information i broschyrformat att ge till föräldrar.
- Ansökan om rum på Ronald McDonald.
- Vårdplanering.
- Kurator.
- Psykolog vid behov.
- Utskrivningssamtal.

## Övrigt

- PKU skall tas efter 48 timmar.
- Höftkontroll.
- OAE- hörselscreening.
- Obs vaccinationer vid långvarig vårdtid.

## Uppföljning

- Sker via specialistmottagning kirurgi.
- Registrering i kvalitetsregister.

## Ansvar

Samtliga verksamheter inom verksamheten akutsjukvård och kirurgi barn ansvarar för att arbeta efter denna rutin. Ansvar för spridning och implementering har VEC på respektive enhet. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## Granskare/Arbetsgrupp

Linus Jönsson, läkare, Verksamhet Kirurgi barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU, innehållsansvarig.

Vladimir Gatzinsky, läkare, Verksamhet Kirurgi barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU.

Jeanette Karlsson, vårdenhetschef, Kirurgiavdelning barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU, innehållsgranskare.

Malin Leidzén, barnsjuksköterska, Kirurgiavdelning barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU

## Källförteckning

Referenser enligt Vancouversystemet:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Kirurgi barn

**Innehållsansvar:** Linus Jönsson, (linjo26), Överläkare

**Granskad av:** Linus Jönsson, (linjo26), Överläkare, Jeanette Karlsson, (jeajo5), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-356

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2024-11-26

**Giltig till:** 2026-11-19