OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

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: 2026-09-21
Giltig till: 2028-09-21

Bukväggsdefekter

Förändringar sedan föregående version

Ingen justering jämfört med tidigare version.

Syfte

Ändring vid föreg revidering (2024): Att beskriva rutiner för handläggning av barn med bukväggsdefekter.

Ändring 2026?:

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.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

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 postnatalt stora vätske-och värmeförluster, därför måste tarmen snarast bäddas in, vid gastroschis med plastfolie och sedan kompresser och elastisk linda och vid omphalocele 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 uppvätskat och stabilt genomförs operationen. Barn med gastroschis opereras samma dag som de föds efter att de har stabiliserats på förlossningen/neonatal. Barn med omphalocele 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 omphalocele*, 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 gastroschisis 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 gastroschisis har en låg risk för missbildningar i andra organsystem. Ett hjärtultraljud görs rutinmässigt under vårdtillfället som del i utredningen.

Vid omphalocele 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

- Högflödesgrimma alt. syrgas vid behov
- Kontroll av andningsfrekvens, puls, temp
- Blodtryck vid behov
- Kontinuerlig kontroll av O2 – 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 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

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

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: 7.0

Giltig från: 2026-09-21

Giltig till: 2028-09-21