

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Matilda Bräutigam, (matbr5), Överläkare

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-27

Giltig till: 2026-11-27

Teratom SCT

Förändringar sedan föregående version

Bakgrund

Sacrococcygealt teratom är en tumör som utvecklas före födelsen och som utväxer från coccyx-svansbenet. Drabbar 1/35 000-40 000 födda barn. Tumören är vanligtvis hudtäckt men kan också vara täckt av ett tunt membran. Tumören är oftast väl kärlförsörjd-vaskulariserad och kan vara solid, cystisk eller av blandform. SCT klassificeras utifrån 4 växtsätt; huvudsakligen utåt växande, växt fortfarande i lilla bäckenet och buken eller i kombination av de olika typerna.

En del tumörer diagnosticeras i samband med rutinultraljud före barnets födelse och fostret följs då med täta kontroller avseende tumörstorlek och ev påverkan på urinvägar eller hjärtsvikt.

Om teratomet är litet kan barnet vaginalförlösas, men vid stora teratom planeras för sectio.

Arbetsbeskrivning

Första omhändertagandet

Barnkirurg närvarar vid förlossningen om planerat snitt. Inspekterar tumören och bandagerar området för att undvika kontamination och ruptur. Lättblödande ytor kan täckas med Aquacel med ovanliggande fluffiga kompresser och elastisk binda. Barnet tas till neonatalavdelning för stabilisering inför op de närmaste dygnet. Om fullgånget kan barnet omhändertas på barnkirurgisk vårdavdelning redan preoperativt.

Utredning

MR bäcken/ nedre delen buk nästföljande dag.

Hjärtkonsult.

Hb, LPK, TPK, elstatus, leverstatus, krea, alb, AFP och beta HCG, bastest och blodgrupp inför operation.

Omvårdnad

Psykosocialt: Föräldrarna delaktiga i vården av sitt barn. Främja föräldrar-/barnkontakten.

Elimination: Urinmätning.

Nutrition: Eventuell svält preoperativt, men annars kost enligt ordination.

Hjälp att komma igång med amning.

Hud: Kontroll av bandagerad tumor, blödning?

Preoperativa förberedelser

- Kost preoperativ enligt ordination
- Blod beställs
- PAD remiss och etiketter
- Planera för postoperativ IVA-vård

Postoperativ omvårdnad

Oftast kräver barnet IVA-vård 2-3 dygn.

Cirkulation: Daglig temp. Distalstatus nedre extremiteter.

Nutrition: Barnet har troligen CVK postoperativt. Initialt iv nutrition. Komma igång med amning när såret i crena ani och glutealregionen tillåter, det vill säga då man kan tolerera frekvent tarmtömning.

Elimination: Förväntad frekvent tarmtömning. Noggrann perianal hudvård. KAD, urinmätning. KAD dras efter ordination.

Hud: Daglig kontroll av sår under förband. Gärna använda mepilex border. Om avföring kommer under förband, byt omgående och tvätta med NaCl. Lufta gärna såret med patienten i bukläge.

Suturtagning efter 7-10 dagar eller enligt ordination. Förstärk hudkanter med steristrip.

Aktivitet: Gärna bukläge, sida-sida men även rygg om barnet trivs och ej visar smärta.

Smärta: Smärtlindring enligt ordination.

Läkemedel: Antibiotika enligt ordination.

Provtagning: Kontroll AFP dag 1 postoperativt och därefter 1 gång/vecka fram till utskrivning.

Övriga prover enligt ordination. PKU-test enligt rutin.

Övrig neonatal screening: Hörseltest och stabilitetskontroll höftleder. OM barnet < 35 gestationsveckor skall neonatolog ronda barnet 1/ v.

Miktionskontroll: Efter KAD-dragning via uroterapin. Remiss skall utfärdas.

Psykosocialt: Upprätthåll kontakten med psykolog och kurator.

Hemgångsplanering

Förväntad vårdtid 2-3 veckor, givetvis avhängigt barnets ålder och mognadsgrad.

Förutsätter stabil sårssituation, nutrition och elimination.

- Informera eventuellt hemortssjukhus.
- Ansvarig läkare skriver remiss till onkologrund för behandlingskonferens avseende PAD-svar.
- Postoperativ AFP-kontroll 1g/månad (kan utföras på hemorten).
- Postoperativ MR kontroll bäcken/nedre buk 3 mån postoperativ och därefter var tredje månad första två postoperativa åren, för att sedan glesas ut ytterligare fram till 4 års ålder. Var god se VSTB aktuellt tumörprotokoll. Eventuella avvikelser beroende på ordination från Barnonkologen.
- Postoperativ klinisk kontroll i samband med MR-undersökning. Särskilt fokus på tarm- och blåsfunktion. Om misstanke om dysfunktion; komplettera med anorektal manometri och miktionsobservation cirka 6 mån postoperativt.

Ansvar

Gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal inom Verksamhet Kirurgi barn, Drottning Silvias barnsjukhus Område 1/SU. Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som 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.

Granskare/Arbetsgrupp

Vladimir Gatzinsky, överläkare, Verksamhet Kirurgi barn, Drottning
Silvias barnsjukhus, Område 1/SU, innehållsgranskare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi barn

Innehållsansvar: Matilda Bräutigam, (matbr5), Överläkare

Godkänd av: Cathrine Gatzinsky, (catwi3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-436

Version: 6.0

Giltig från: 2024-11-27

Giltig till: 2026-11-27