

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Giltig från: 2026-03-10

Innehållsansvar: Moustafa Mohsen Abed, (moumo), Överläkare

Giltig till: 2028-03-10

Granskad av: Karin Rahm, (karra1), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Lungmedicin – Pneumothorax riktlinjer för uppföljning av spontanpneumothorax

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

Bakgrund och syfte

Spontan pneumothorax delas upp i primär och sekundär. Primär spontanpneumothorax (PSP) uppkommer utan bakomliggande lungsjukdom och orsakas av ruptur av subpleurala emfysemlåsor. Detta är den vanligaste typen av pneumothorax. Sekundär spontanpneumothorax (SSP) orsakas av underliggande lungsjukdom.

Förutsättningar

Läkare inom lungmedicin, verksamhet Specialistmedicin, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Lungjour ska kontaktas vid misstänkt/verifierad spontan-pneumothorax på AKOM, Sahlgrenskatomten.

Sektionschef och vårdenhetschef öppen vård ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författning/lagar.

Utförande

Riskfaktorer

Den typiska PSP-patienten är en ung gänglig frisk man. Rökning är den viktigaste enskilda riskfaktorn för PSP. Det är därför av ytterst vikt att patienten uppmanas till att sluta röka.

Riskfaktorer för SSP är underliggande patologi som till exempel KOL, emfysem, astma, alfa-1-antitrypsinbrist, CF, lungfibros, sarkoidos, svåra lunginfektioner, lungtumörer eller respiratorbehandling med mera.

Symtom och klinik

- Snabbt isättande andningskorrelerad bröstsmärta
- Dyspnè
- Kan komma i vila eller vid ansträngning
- Nedsatt andningsljud, hypersonor eller tympanisk perkussionston
 - Vid sekundär spontanpneumothorax är det vanligt att patienten utvecklar respiratorisk insufficiens.

Ofta är dock patienten symptomfri eller med enbart minimala symptom. Försämring av symptom vid primär spontanpneumothorax (PSP) är ovanligt och bör inge misstanke om komplikationer.

Tecken till cirkulationspåverkan ska inge misstanke om allvarligt tillstånd tex tensions (ventil) pneumothorax.

Diagnostik

- Nedsatt- eller frånvarande andningsljud vid auskultation
- Hypersonor eller tympanisk perkussionston
 - Lungröntgen med frontal och sidoprojektion, helst i stående och gärna exspirationsbilder.

Ultraljud kan vara av värde på akut rummet (sensibilitet 92–98 % och specificitet 99 %).

Liten primär spontanpneumothorax Apikalt <3 cm eller lateralt <2 cm i hilusnivå

Opåverkad patient

Det skall ha gått minst fyra timmar sedan symptomdebut. Om inte, skall ny lungröntgen göras efter ytterligare fyra timmar för att utesluta ett pågående

progressivt förlopp. Exspektans i hemmet kan övervägas med ny lungröntgen dagen därpå om inga tecken till progress föreligger.

Information till patient: Viktigt att informera patienten att söka vård vid ökade symptom samt att undvika tunga lyft och krystande.

Vid kvarvarande liten luftspalt vid uppföljning kan fortsatt exspektans övervägas med ny kontrollröntgen efter ytterligare 5–7 dagar och vid upprepade tillfällen tills full expansion av lungan uppnås.

Persisterande luftläckage: Vid progress eller frånvaro av regress vid påföljande uppföljning får behandling övervägas.

Påverkad patient

Slutenvård med regelbunden övervakning. Inläggning av drän kan ofta vänta till dagtid.

Stor primär spontanpneumothorax Apikal >3 cm eller lateral >2 cm i hilusnivå

Opåverkad patient

Slutenvård med regelbunden övervakning. Inläggning av drän kan vid behov vänta till dagtid.

Påverkad patient eller påtaglig överskjutning av mediastinum

Kräver omedelbar åtgärd. I denna situation kan en ventilpneumothorax föreligga.

Kontakta

Dagtid: Lungdiagnostiken

Övrig tid: Thoraxkirurg

Indikation för kirurgisk åtgärd vid primär spontanpneumothorax

- Ett andra recidiv av primär spontanpneumothorax på samma sida
- Recidiv inom 3 månader på samma sida
- Oförändrat luftläckage efter 5–7 dagar
- Bilateral pneumothorax
- Riskyrken (pilot, kabinbesättning eller dykare)

Patienten kan anmälas till kirurgkonferens. CT-thorax skall vara gjort för att undersöka förekomsten emfysemlåsor som kan behöva recesseras. Helst med fallen lunga, innan lungan blir fullexpanderad.

Sekundär spontanpneumothorax

Patienter med sekundär pneumothorax behöver ofta vårdas inneliggande eftersom den underliggande lungsjukdomen i kombination med pneumothorax kan leda till andningssvikt. Överväg dränbehandling och var generös med inläggning.

OBS! Påverkad patient kräver omedelbara åtgärder!

Oförändrat luftläckage

Efter 5 dagar av dränbehandling – kontakta thoraxkirurg. Om patient ej är operabel kan kemiska pleurodes alternativt bronkoskopisk åtgärd övervägas.

Råd till patienter vid pneumothorax

Flygförbud under en månad efter att tillståndet har läkt. Dykning med tuber bör undvikas permanent om inte terapeutisk kirurgi (VATS) genomförts.

Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutin dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO, där aktuell linjefeche ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

Uppföljning

Uppföljning, utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har sektionschef eller av denne utsedd person.

Arbetsgrupp

Framtagen av Najda Titoric, leg. läkare samt Karin Rahm, sjuksköterska.

Denna version reviderad av: Moustafa Mohsen Abed, Överläkare.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Moustafa Mohsen Abed, (moumo), Överläkare

Granskad av: Karin Rahm, (karra1), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9788-135611145-182

Version: 2.0

Giltig från: 2026-03-10

Giltig till: 2028-03-10