

Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård, Verksamhet Hybrid och intervention,
Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 5
Sahlgrenska, Anestesi 5 Sahlgrenska
Innehållsansvar: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare
Granskad av: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-12-10

Giltig till: 2026-12-10

Hypofyskirurgi och likvortätning

Revideringar i denna version

Tillägg av mer detaljerad information om Fluorescein. Litteratur lista.

Förändrad anestesiemetod från Remifentanyl/Sevofluran till TIVA.

Syfte

Att beskriva anesthesiologiskt handläggande vid hypofyskirurgi.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Operationsindikationen är antingen tumörresektion eller tätning pga likvorläckage (vanligen iatrogen efter hypofyskirurgi). Access till hypofysen sker framförallt transphenoidalt via näsan med hjälp av ÖNH-kirurg. I sällsynta fall sker ingreppet transkraniellt. Risk för intraoperativ skada på a. carotis föreligger.

Se [Standardanestesier op 5 \(vgregion.se\)](http://vgregion.se) för anestesiemetod.

Perioperativ hormonell substitution är ordinerad av neurokirurg i Melior (t ex Solu-cortef).

Ev lumbaldrän (=spinalkateter) ordineras av neurokirurg. Katetern möjliggör likvordränage eller NaCl-infusion för att underlätta kirurgisk åtkomst. Fluorescein kan infunderas via katetern för att detektera läckaget och postoperativt möjliggör dränaget minskat likvortryck. Dränage ordineras alltid av neurokirurg.

Om Fluorescein: Den skall injiceras 30–90 min innan visualiseringen. Efter att dränet anlagts aspireras 10 ml likvor i 10 ml spruta. Tillsätt 0,1 ml 10 % (100 mg/ml) Fluorescein och infundera sedan blandningen långsamt via filter, spola med 1-5 ml steril NaCl 9 mg/ml. Neurologisk observation minst 12 timmar efter intratekala injektionen.

Taben tejpas till vänster och slangarna fästs nedåt.

Kirurgi i näshålan är ofta kraftigt smärtstimulerande.

Ett högre pCO₂ (5,2-5,9 kPa) kan underlätta åtkomsten för kirurgen.

Svalgpack.

Höjd huvudända MAX 40 grader (för att undvika luftembolisering).

Väckning

Sug rent svalget och inspektera med laryngoskop före extubation.

Extubation bör ske utan hosta och ökat buktryck för att minska risken för blödning och likvorläckage. Överväg extubation med Remifentanyl infusion (Ct 2-2,5 ng/ml) och/eller Lidokain iv 1 mg/kg. Använd syrgasmask istället för nästuss.

Nattplats.

Ofta relativt lågt postoperativt analgetikabehov.

Övergående postoperativ ADH brist är relativt vanligt förekommande.

CPAP är relativt kontraindicerat. Diskutera med ansvarig neurokirurg.

Positionering Ryggläge enligt rutindokument. Se Positionering av patient från A-Ö.

Extra utrustning Artärnål.

Blod: Blodgruppering och bastest.

Antibiotikaproylax Ordineras i Melior.

Granskare/arbetsgrupp

Nastassia Hilding Werner, Anestesi 5, AnOpIVA, Omr 5, SU

Thomas Skoglund, Överläkare neurokirurgi

[Intrathecal Fluorescein in Endoscopic Skull Base Surgery for Identification and Repair of Cerebrospinal Fluid Leaks | Society for Head and Neck Anesthesia \(shanahq.com\)](#)

[Jinu K, Scott- Miller R. Anesthesia for pituitary surgery. Otolaryngol Clin N Am 55 \(2022\) 421–430. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2022.01.003>](#)

[Jolly K et al. The efficacy and safety of intrathecal fluorescein in endoscopic cerebrospinal fluid leak repair –a systematic review. Auris Nasus Larynx 49 \(2022\) 912–920.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Neurosjukvård, Verksamhet Hybrid och intervention, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Operation 5 Sahlgrenska, Anestesi 5 Sahlgrenska

Innehållsansvar: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare

Granskad av: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1115

Version: 3.0

Giltig från: 2024-12-10

Giltig till: 2026-12-10