

Gäller för: Operation 4 Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård

Giltig från: 2025-02-20

Sahlgrenska

Giltig till: 2027-02-19

Innehållsansvar: Noémi Szabó-Némedi, (nomsz1), Överläkare

Granskad av: Camilla Blixt, (caml2), Instruktor

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Peritonectomi (stripping) vid ovarialcancer- Anestesirutin

Revideringar i denna version

Komplettering med länkar till Neuraxiala opioider, PONV och Preoperativ bedömning rutin. Komplettering olika val av regional anestesi med bilaterala erektor spinae katetrar. CVK inläggning peroperativt. BIS/Sedline

Arbetsbeskrivning

Anestesimetod

Intubation, Sevoflurane/Fentanyl + regional anestesi

- Första val: TEDA Th₈₋₁₀
- Alternativt: Morfin spinal med hög dos (upp till 300 mcg) Morfin- i samråd med stationsansvarig narkoskollega (vgs.rutin [Neuraxiala opioider](#))
- Ev. bilaterala rektuskatetrar/bilaterala erektor spinae katetrar

Vid högrisk PONV vgs. Rutinen [PONV profylax, postoperativt illamående och kräkning - anestesirutin](#)

Premedicinering

Tabl. Oxycontin 0,1–0,2 mg/kg (max 15 mg)

Tabl. Alvedon 1g

Tabl. Arcoxia 120 mg

PONV profylax: Tabl. Betapred 4–8 mg, Tabl. Ondansteron 8 mg

(vgs. rutinen [Preoperativ bedömning på SU/S](#))

Operationstid: 6–10 timmar

Operationsbeskrivning

Ingreppet utförs i syfte att minska tumörmassa vid ovarialcancer med peritoneal carcinomatos och därmed avsevärt förbättra prognosen. All synlig tumörväxt på peritoneum och inre organ tas bort om kirurgiskt möjligt.

Långt medellinjessnitt (sternum-symfys). Kirurgin omfattar vanligen hysterektomi, salpingooforektomi, omentektomi, appendektomi och peritonektomi inklusive borttagning av carcinomatos på diafragmaakupoler med mobilisering av lever.

Lever- och tarmresektion utförs vid behov.

Peritonektomin medför stora sårytor som orsakar per- och postoperativt läckage av protein och vätska ut i bukhålan.

Speciell utrustning

- TEDA-Th₈₋₁₀ inläggning helst dagen före operationen
- CVK 3 lumen till v. jugularis hos nedsövd patient
 - den distala skänkeln (brun): CVP mätning
 - den mediala skänkeln (blå): inotropi
- artärnål
- PiCCO om medicinsk indikation uppstår- till exempel hjärtsvikt, förmaksflimmer, höggradiga klaffvitier
- 3 grova infarter (en av dem minst 16 G 1,8 mm), ev Certofix till v. jug.
- V sond oralt- om kirurgen ordinerar en kvarliggande sond sätts en ny V-sond nasalt innan väckning
- NMT
- värmetäcke
- tempmätning
- volympump
- blodvärmare
- timdiures

- BIS/Sedline

Peroperativ medicinering

- Noradrenalin 0,04 mg/ml i kontinuerlig infusion som kopplas före induktion helst till CVK-n
- kristalloid basbehov: 3-5ml/kg/t
- utan PiCCO utvärderas vätskebalansen noggrant med hjälp av PPV, CVP, laktat, BE, ScvO₂, ΔpCO₂ värdena och timdiures!
- ascitesproduktion kan ge upphov till stor förlust
- för att ersätta förlusten bör albumin, kristalloid bolus och ev. blodprodukter användas-målet är att hålla NORMOVOLEMI!
- intraoperativt innan knivstart bör EDA aktiveras
 - standardblandning (Bupivacain 1,0 mg/ml + Fentanyl 2 µg/ml + Adrenalin 2 µg/ml) 4 ml bolus återföljt av 6–8 ml/t hastighet
 - vid bukslutning 50–100 µg Fentanyl bolus till EDA-n för att undvika smärtgenombrott vid väckning: 1–2 ml Fentanyl 50µg/ml ges in genom trevägskranen utan spädning och spolas efter med en 4 ml bolus från standardblandning.
- även med välfungerande EDA intravenös smärtlindring behövs: Fentanyl 0,5 µ/kg/t (minst 50 µ/t) iv. under narkos som underhållning

Allmänna synpunkter

Blodrekvisition

- Blodgruppering
- Bastest
- 2 enheter blod på Op4

Uppläggning: Laparotomi-tombord. Ryggläge. Två armbord.

Antibiotikaprofylax: enligt läkemedelsmodul i Melior.

Trombosprofylax: enl. ordination i Melior. Innohep 4500 s.c kvällen innan operation och 6h postoperativt. Mekaniska kompressionsstrumpor från knät till foten skall inte ha Ted-strumpor under.

Antibiotikaproylax enligt ordination i Melior.

Speciella synpunkter

Leverresektion sker ofta sent på dagen. Kontakta anestesi husjour om ingreppet drar över på jourtid! Anestesiläkare ska finnas på Operation 4 medan leverkirurgi pågår.

Patienten kan ha stor mängd av pleuravätska vilket bör tappas innan anestesi. Om patienten sövdes utan pleuratappning bör mängden av pleuravätskan utvärderas innan väckning och ev. piggtail kateter läggs ultraljudled. Lungrekrytering innan extubation.

Postoperativ vård

Nattplats på PIVA för en natt eller två nätter. Vid stor kirurgi med stripping ska patienten ligga i CIVA-säng postoperativt. Denna säng beställs operationsdagens förmiddag.

Ev. vid platsbrist på PIVA, om patienten tillräckligt stabil kan patienten vårdas tillfälligt på Postop Op 4. Denna möjlighet bör bedöms av ansvarig narkosläkare på Op 4. Tätt kontakt är önskvärt mellan narkosläkaren på Op 4 och den stationsansvariga narkosläkaren på PIVA.

Postoperativ smärtlindring

TEDA kontinuerligt med 6–8 ml/t standard blandning.

Alternativt bilaterala rektuskatetrar eller bilaterala erektor spina ekatetra med två pumpar „Intermittent fasciablokad” ordination (Ropivacain 0,2% 20 ml bolus varje 4 timmar).

Regional anestesi kan kompletteras av Oxykodon iv., Catapressan iv, Paracetamol iv. vb. Oxykodon iv. helst behållas till postop.

PCA Oxykodon/Ketanest infusion om ingen regional blockad kunde utföras.

Syfte

Rutinen syftar till att säkerställa god och enhetlig rutin vid anestesi till patienter som genomgår peritonectomi,

Granskare/arbetsgrupp

Camilla Blixt Instruktor Op 4, AOI, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Pernilla Dahm Kähler, Sektionschef, Gynekologi, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Charlotte Palmqvist, Överläkare, Gynekologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation 4 Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-
Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Innehållsansvar: Noémi Szabó-Némedi, (nomsz1), Överläkare

Granskad av: Camilla Blixt, (cambl2), Instruktör

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1345

Version: 8.0

Giltig från: 2025-02-20

Giltig till: 2027-02-19