

Gäller för: Operation 4 Sahlgrenska

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

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-10-31

Giltig till: 2027-10-31

# Prostatektomier - Anestesirutin

## Förändringar sedan föregående version

BAS test behövs bara vid öppen kirurgi. Robinul vid robotkirurgi bör undvikas hos patienter med glaukom.

## Syfte

Rutinen syftar till att säkerställa god och enhetlig rutin vid anestesi till patienter som genomgår prostatektomin.

## Arbetsbeskrivning

### Anestesimetod

**Öppen kirurgi:** intubation, Sevoflurane/Fentanyl+”Morfin-spinal” (vgs.rutinen [Neuraxiala opioider](#))

### Robotassisterat ingrepp:

1. Intubation, Sevoflurane/Remifentanyl + Morfin spinal  
Morfin spinals förslag: Marcain spinal 5-7 mg + Morfin 120 µg + Fentanyl 15 µg
2. Vid kontraindikation för ryggbedövning: Sevoflurane/Fentanyl

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  
vid robot Tabl. Pepcid 10 mg (Tabl. Omeprazol 40 mg ifall patienten redan stått på detta)  
(vgs. rutinen [Preoperativ bedömning på SU/S](#))

**Operationstid** 2–3 timmar

## Operationsbeskrivning

**Robotassisterad radikal prostatektomi (RALP):** Operationen görs med titthålskirurgi och utförs genom sex små snitt och med hjälp av en operationsrobot. Prostatan löses först från urinblåsan och rektum. Urinröret delas därefter nedanför prostatan. Prostatan avlägsnas sedan och urinröret sys ihop med blåsan över en kateter.

**Öppen radikal prostatektomi:** Nedre medellinjesnitt. Urinröret delas först nedanför prostatan efter att man delat och ligerat dorsala venkomplexet (som leder blodet från penis). Därefter löses prostatan från rektum och urinblåsan varefter prostatan tas bort. Uretra sys sedan ihop med blåsan över en kateter för dränage av urinblåsan.

## Speciell utrustning

- artärnål vid öppen kirurgi/konvertering
- 2 grova infarter (en av dem minst 17G 1,5 mm)
  - med förlängning vid robotkirurgi
- V sond oralt
- NMT
  - TetraGraf vid robotkirurgi
- värmetäcke
- tempmätning
- BIS/Sedline
- blodvärmare vid öppen kirurgi och vid konvertering
- vid robotkirurgi ögonskydd och skvallerkompresser i näsborrarna
- ev. timdiures postoperativt efter komplicerad kirurgi

## Speciella synpunkter vid robotassisterat ingrepp:

- Kontrollera vid intubation att kuffen placeras precis under stämbanden. Viktigt med tubfixering i korrekt läge för att undvika dislokation vid tippning.

- TOF mål 0–1 vid portinläggningen tills uretra anastomosen är färdig - när  $TOF \geq 2$  bör rokuronium upprepas med 0,1–0,15 mg/kg -minst 10 mg- dos
- När portarna är satta på patienten, och efter operatörens uppmaning, tippas patienten 28 cm huvudplatta-golv (25–30 grader). Därefter är det ABSOLUT förbjudet att ändra läget, sal 44. Patienten dockas nu till roboten och ändring av läget sker inte förrän roboten är avdockad och åter igen efter operatörens uppmaning. Sker operationen på sal 41 är robotbordet integrerat med roboten så läget kan ändras vid medicinsk anledning. Det måste alltid kommuniceras med operatör.
- Tillbakatippning ska ske varsamt för att undvika eventuellt blodtrycksfall.

## Peroperativ medicinering

- väsktillförsel som basbehov runt 3 ml/kg/t under operation – särskilt viktigt vid **robotkirurgi** (för mycket urinproduktion försämrar den kirurgiska sikten)
- för ersättning av förlusten; albumin, kristalloid bolus eller ev. blodprodukter
- vid **robotkirurgi**
  - Robinul 0,2 mg iv. vid induktion
    - OBS! hos patienter med glaukom bör undvikas!
  - $MAP \geq 70$  mmHg som utgångsvärde vid tippning, för att hålla detta
    - Efedrin
    - Noradrenalin 0,04 mg/ml (vgs. Noradrenalin, peroperativ infusion – anestesirutin)
    - Dopamin (3 mcg/kg/min startdos) vid bradikardi
- vid **öppen kirurgi** Fentanyl 1 mcg/kg/t iv. under narkos som basbehov

## Allmänna synpunkter

### Blodrekvisition:

- Blodgruppering
- Vid **öppen kirurgi** BAS test + 1 enhet erytrocyt

### Uppläggning:

- Vid **öppen kirurgi**: Urologbord. Två armbord. Bockningsläge utprovas och dokumenteras.

- Vid **robotkirurgi** vgs,,Positionering integrerat robotbord sal 41, Op 4 ”för Sal 41 eller Positionering vid robotkirurgi sal 44, gyn och uro” för Sal 44.

#### **Stödstrumpor:**

- Vid **öppen kirurgi** blir stödstrumpor påtagna preoperativt i samband med premedicinering.
- Vid **robotkirurgi** är stödstrumpor medskickade från avdelningen och sätts på postoperativt.

**Antibiotikaproylax:** enligt läkemedelsmodul i Melior

**Trombosproylax:** enligt läkemedelsmodul i Melior

## Postoperativt

Patienten bör övervakas 2–3 timmar från ”knivslut” för kontroll av ev. blödning.

Smärtan kan lindras med Oxykodon iv., Catapressan iv, Paracetamol iv. Vid trängningar Buscopan iv.

Efter konvertering, om patienten inte fått ryggmärgsbedövning i början av anestesi kan ”Morfin-spinal” läggas postoperativt utan Marcain.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig Instruktör, AOI, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att denna rutin uppdateras och revideras.

## Arbetsgrupp

Camilla Blixt Instruktör, Anestesisjuksköterska, Op 4, AOI, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Margareta Armkvist, Anestesisjuksköterska, Op 4, Område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Operation 4 Sahlgrenska

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

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-2918

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2025-10-31

**Giltig till:** 2027-10-31