

Gäller för: Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska,  
Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska  
Innehållsansvar: Alexandru Ilie, (aleil1), Överläkare  
Granskad av: Alexandru Ilie, (aleil1), Överläkare  
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-20

Giltig till: 2027-05-20

# Cavatrombos vid njurtumör - anestesirutin

## Revideringar i denna version

Nytt utseende

## Arbetsbeskrivning

### Anestesi

Generell anestesi, intubation.

### Induktion och underhåll

- Propofol, fentanyl och rocuronium.
- Sevofluran och fentanyl, TEDA

### Infarter/utfarter

- Artärnål
- 2 grova PVK (> 1,8)
- Urinkateter
- CVK (ev. CDK)
- Ventrikelsond

### Monitorering

- 3-avl EKG
  - ABT/MAP
  - Timdiures
  - CVP
1. Minimal invasiv CO (ev. PICCO)
  2. Def-plattor vid misstänkt LE
  3. TEE monitorering (vid cava avstängning eller hög emboliseringsrisk)

*Om tumörtromben sträcker sig upp i höger förmak: Ev. veno-venös bypass ([se rutindokument](#)).*

## Positionering

Ryggläge ([länk](#))

[Tryck- och nervskada peroperativ omvårdnad - anestesirutin](#)

## Blodrekvisering

Blodgrupp och bastest

## Trombosprofylax

Enligt läkemedelsmodul i Melior

## Antibiotikaprofylax

Enligt läkemedelsmodul i Melior

## Smärta

TEDA, Oxycodone iv. vid behov.

# Anestesiologiska beaktanden

## Cava-avstängning och påsläpp

Vid förekomst av komplett eller nästintill komplett obstruktion av vena cava till följd av cavatromb, kan en kollateral cirkulation ha hunnit utvecklas. Detta kan minska den cirkulatoriska påverkan under cava-avstängningen.

Under cava-avstängning är det viktigt att noggrant följa hemodynamiken. Eventuell instabilitet bör i första hand behandlas med ökad dosering av vasopressor och, vid behov, bolusdoser av vätska (kristalloid eller albumin; blodprodukter vid behov). Övervätskning bör undvikas, eftersom det kan leda till högerkammerbelastning när cirkulationen återupprättas efter påsläpp.

Vid svår hemodynamisk instabilitet där adekvat cirkulation inte kan upprätthållas, och där en längre cava-avstängning bedöms nödvändig, bör möjligheten till veno-venös bypass övervägas i samråd med kirurg.

## Lungemboli

Vid manipulering av tromben finns risk att trombfragment lossnar och emboliserar till lungorna. Om risken för trombfragmentering och därmed embolisering bedöms vara hög redan preoperativt, bör profylaktisk anläggning av cavafilter övervägas i samråd med kirurg och interventionell radiologi. Akut lungemboli kan då uppstå, ofta med följande kliniska tecken: takykardi, arytm, tecken på högersidig

belastning eller obstruktiv chock (plötsligt sjunkande CO, ökad CVP), försämrad syresättning, respiratorisk obstruktivitet.

Vid misstanke om lungemboli bör högerkammarmfunktion snarast bedömas med transesofageal ekokardiografi (TEE). Akut peroperativ bedömning av Klinisk Fysiologi bör initieras omgående (telefonnummer: dagtid – 28 004, eller UCG jouren via växel och/eller thoraxanestesi bakjouren – jourtid).

Om diagnosen lungemboli bekräftas, ska PCI-lab, thoraxanestesi och thoraxkirurg kontaktas skyndsamt. I fall av massiv peroperativ lungemboli kan kateterburen behandling (FlowTrieve) vara den enda möjliga åtgärden. Indikation för intervention samt eventuell användning av ECMO bedöms i det akuta multidisciplinära teamet.

## Bakgrund

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska, Operation 1 och 8  
Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård  
Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare

**Granskad av:** Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare

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

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-929

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-05-20

**Giltig till:** 2027-05-20