

Gäller för: Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv
Innehållsansvar: Eva Philipson, (evaph), Överläkare
Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-09-25

Giltig till: 2026-09-25

Gastric bypass - gallkirurgi

Syfte

Gastric bypass-opererade patienter utgör en särskild kategori bland patienter med gallstens-sjukdom som kräver annorlunda approach och kompetens vad gäller gallstenskomplikationer och postoperativa komplikationer.

Arbetsbeskrivning

1. Slitsarna skall inspekteras i samband med annan elektiv kirurgi, d.v.s. i samband med kolecystektomi.
2. Vid operationsplanering ska det tillgodoses att det finns operatör tillgänglig som kan inspektera och försluta slitsarna, samt att patientens operationsläge är med särade ben.
3. Har patienten misstänkt koledokuskonkrement så får man välja operatör som kan utföra transgastrisk ERCP eller öppen koledokotomi.
4. Den förväntade operationstiden är längre för gastric bypass-patienter.
5. Vid slitsförslutning rekommenderas två stycken 5 mm portar till höger och vänster om naveln. Operatören skall ha möjlighet att stå mellan benen.

Det rekommenderas att börja vid terminala ileum och därifrån bläddra igenom tarmen med tarmvänliga tänger tills man kommer till enteroanastomosen. En möjlig herniering av C-benet i Petersen- eller enteroanastomosslitsen blir på så sätt reponerad.

Man får därefter inspektera enteroanastomosslitsen och försluta denna vid behov med icke resorberbar flätad tråd (Ethibond alternativt Ti-cron).

Därefter följer man alimentära benet upp till ventrikelfickan och inspekterar Petersen's space-slitsen mellan transversummesot och tunntarmsmesot. Förslutning sker vid behov.

Är det tekniskt svårt att upprätthålla pneumoperitoneum p.g.a. tidigare operationer, framförallt bukplastik, och patienten inte har några slitsrelaterade symptom, så rekommenderas att avstå från explorationen. Föreligger intraoperativ misstanke om slitsherniering och svårigheter med att klargöra anatomin, så skall man konvertera.

6. Intraoperativt upptäckt koledokuskonkrement hos en gastric bypass-patient skall åtgärdas under samma ingrepp, transgastrisk ERCP (öppen eller laparoskopisk) alternativt öppen koledokotomi med T-drän.

Ansvar

Innehållsansvarig ansvarar för att rutinen revideras.

MLA/verksamhetschef ansvarar för att rutinen följs. Avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv

Innehållsansvar: Eva Philipson, (evaph), Överläkare

Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9042-122748033-20

Version: 6.0

Giltig från: 2024-09-25

Giltig till: 2026-09-25