

Poliklinisk inläggning av kvarliggande ascites/pleuradrän - PeritX/PleurX

Nyskapad rutin 2024-12-05

Sammanfattning

Rutinen är skapad för att underlätta inläggandet av polikliniska kvarliggande ascites/pleuradränage och klargöra ansvarsfördelning kring dessa multimodalt skötta svårt sjuka patienter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	2
Indikationer	2
Kontraindikationer	2
Förberedelser.....	2
Inläggning	3
Postoperativ övervakning.....	3
Uppföljning	4
Dränskötsel	4
Fortsatt uppföljning.....	4
Avveckling av dränage	4
Övrigt	5
Relaterad information	5
Arbetsgrupp.....	5
Källförteckning	5

Bakgrund och syfte

Många patienter med malign sjukdom som lider av peritoneala- eller pleurala metastaser drabbas av vätskeutträde i bukhålan eller pleura, detta kallas för malign ascites eller malign pleuravätska. Vid dessa tillstånd har farmakologisk behandling (Spironolakton) otillräcklig effekt och behandling är dränage. Vid upprepat behov av dränage, vilket ofta är fallet, kan man överväga att anbringa ett kvarliggande dränage som kan tömmas intermittent och i hemmet. Detta sker oftast vid 3e tappningen (1), men det finns inga kontraindikationer att göra tidigare om misstanken på recidiverande vätska/behandlingssvikt vid intermittenta tappningar är hög. Dränage läggs i nuläget på operationsavdelningen och patienterna behöver övervakas efter inläggning. Lyckandefrekvensen är hög (2–4) och komplikationsrisken är låg (2, 5, 6). Patienterna får en klart förbättrad livskvalitet (7), samt systemet minskar kostnader för vården (6). Antibiotika rekommenderas i endos vid inläggning för att minska risken för peritonit/empyem (4, 8)

Indikationer

- Upprepad problematik med malign ascites/pleuravätska trots intermittenta tappningar.
- Aktuell ascites, dvs ej helt tappad vid inläggningstillfället.
- Obotlig cancersjukdom (vid leversjukdom se sida 3).
- Etablerad sjukvård i hemmet (hemsjukvård och/eller mobilt palliativt team)

Kontraindikationer

- Demens, missbruk eller andra faktorer som föranleder risk att patienten själv avlägsnar sitt dränage
- Omfattande och komplicerad adherens/fistelsituation i buken
- Genomgången lungkirurgi/pleurodes på aktuell sida
- Kort överlevnad som inte motiverar kvarliggande drän

Förberedelser

- Remittent säkerställer att patienten har hemsjukvård, samt att de kan vara behjälpliga med tappning samt beställning av material efter inläggning.
- Operationsanmäl i Orbit, prio 7d och kontakta operationskoordinator kirurgi Kungälv. Önskvärt att göras som nr 1 på dagen och ej på fredagar pga behov av observation på postop. Om inremitterande bedömer att patienten inte kan vänta

till planerad tid (ofta 2–5 dagar) får inremitterande ordna med tillfällig tappning

- Provtagning: aktuellt Hb, elstatus, albumin, PK, APTT, blodgruppering.
- Önskvärda värden: Hb>80, PK <1,5, TPK>70.
- Utsättning av antikoagulantia enligt gällande rutin lokalt.
- Fasta: 6h, klara drycker 2h
- Infart
- Förberedelser för omläggning: omläggningsmaterial för 2v skickas med patienten (finns i sjukhusgemensamt lager) samt recept på Klorhexidin skickas

Inläggning

- Endos Eusaprim Forte 800mg p.o. inför op-start
- Läggs sterilt på operation i lokalbedövning
- Inläggning med PeriteX/PleureX-kit:
- Se sida 11–13 i produktbroschyr [Länk](#)

Postoperativ övervakning

Bör övervakas 4h med kontroll av puls, blodtryck, syrgasmättnad och AF (vid PleurX) var 15e minut.

Ascitesdrän:

- Tappa max 2000 ml efter inläggning för att undvika obehag och hemodynamisk påverkan.
- Vid retur av blod, tarminnehåll eller övrigt som ej ser ut som klar ascites kontaktas operatör.
- Ersättning med Albumin (100ml, styrka 200mg/ml) enbart vid hemodynamisk påverkan dvs lågt systoliskt blodtryck under 90 mmHg(9).
- Vid svår smärta vid tappning stängs dränet och man avvaktar, efter 30 min kan dränet testas att öppnas ånyo.

Pleuradrän:

- Töms på 500 ml (1000 ml om pat klarar det)
- Vid retur av blod, luft eller andningspåverkan kontakta operatör.
- Vid andningspåverkan måste pneumothorax uteslutas med hjälp av lungröntgen.

Uppföljning

Dränskötsel

Patientinformation och information kring skötsel finns i medskickade broschyrer från aktuellt upphandlat företag.

- Länk till [patientinformation](#)
- Kontakt tas med aktuellt upphandlat företag för beställning av produkter för tappning hemmavid efter den initiala veckan. Från sjukhuset vid inläggningstillfället ska följande medskickas:
- Tappningskit för 2–3 tappningar (dränageset Art.Nr. 50–7505). Förbandsmaterial ingår i dessa set (platta, lufttätt förband, kompresser).
- Suturtagning: insticksstället efter 10d, fixeringsstygn efter 30 dagar.
- Om utbildningsbehov av hemsjukvård finns kan de kontakta företaget direkt om de anser att broschyren för vårdpersonal (ovan länk) ej är tillräcklig.
- Mobilt Palliativt team har utbildningar för kommun och avdelningar och kan kontaktas vid behov.

Fortsatt uppföljning

Patienten följs upp av sin ordinarie läkare, dvs ansvarig onkolog, urolog, kirurg, gynekolog eller palliativ läkare, vid misstanke på akut komplikation till inläggning tas kontakt med operatör alternativt dagbakjour kirurgi.

Skötsel och tappningar efter inläggning sker i hemmet den hjälp man säkerställt existerar innan inläggning. Förslag på tappningsschema:

Ascites:

- Tappa max 2000 ml per dygn
- Tätare tappningar första veckorna för att undvika läckage
- Därefter 2–3 tappning per vecka och oftare vid behov

Pleuravätska:

- Dränage 2 – 3 gånger i veckan (max 1000 ml) samt vid behov
- Dränageintervallet kan glesas ut vid minskad vätskeproduktion, dock inte mer sällan än 1 gång / vecka

Avveckling av dränage

Om patienten upplever mycket bekymmer från sitt dränage åligger det inremitterande att lyfta diskussion kring avlägsnande av katetern.

Generellt sett är det ovanligt att behöva avlägsna dränage men varje enskilt fall får diskuteras med berörda specialiteter (lungklinik vid pleurX).

Övrigt

Leversjukdom

Indikationen ställs av specialiserad gastroenterolog/hepatolog.

Vanligtvis föreligger kontraindikationer (är/kan vara aktuell för transplantation eller TIPS, alternativt förväntad kort överlevnad)

Om PeriteX läggs ligger uppföljning och hantering av fortsatt tappning på medicinklinikens ansvar och sköts enligt deras rutiner.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Relaterad information

[Broschyr för läkare och vårdpersonal](#)

[Broschyr med patientinformation](#)

Arbetsgrupp

Vid behov

Rutinen skapad av Marcus Pettersson, Kirurgkliniken Kungälv

Granskare anges i metadatan men finns det separat arbetsgrupp så anges det här, exempelvis vårdplatsgrupp, etiskt råd

Källförteckning

1. Maleux G, Indesteege I, Laenen A, Verslype C, Vergote I, Prenen H. Tenckhoff tunneled peritoneal catheter placement in the palliative treatment of malignant ascites: technical results and overall clinical outcome. *Radiol Oncol.* 2016;50(2):197-203.
2. Courtney A, Nemcek AA, Jr., Rosenberg S, Tutton S, Darcy M, Gordon G. Prospective evaluation of the PleurX catheter when used to treat recurrent ascites associated with malignancy. *J Vasc Interv Radiol.* 2008;19(12):1723-31.
3. Wong BC, Cake L, Kachuik L, Amjadi K. Indwelling Peritoneal Catheters for Managing Malignancy-Associated Ascites. *J Palliat Care.* 2015;31(4):243-9.
4. Fleming ND, Alvarez-Secord A, Von Gruenigen V, Miller MJ, Abernethy AP. Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic

literature overview and retrospective chart review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(3):341-9.

5. Tapping CR, Ling L, Razack A. PleurX drain use in the management of malignant ascites: safety, complications, long-term patency and factors predictive of success. *Br J Radiol.* 2012;85(1013):623-8.

6. White J, Carolan-Rees G. PleurX Peritoneal Catheter Drainage System for VacuumAssisted Drainage of Treatment-Resistant, Recurrent Malignant Ascites. *Applied Health Economics and Health Policy.* 2012;10(5):299-308.

7. Stukan M. Drainage of malignant ascites: patient selection and perspectives. *Cancer Manag Res.* 2017; 9:115-30.

8. Macken L, Corrigan M, Prentice W, Finlay F, McDonagh J, Rajoriya N, et al. Palliative long-term abdominal drains for the management of refractory ascites due to cirrhosis: a consensus document. *Frontline Gastroenterol.* 2022;13(e1): e116-e25.

9. Gastroenterologi Sff. Nationellt vårdprogram för levercirros. Nationellt vårdprogram för levercirros: Svensk förening för gastroenterologi; 2022.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Läkare kirurgi, Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv

Innehållsansvar: Marcus Pettersson, (marpe191),
Specialistläkare

Godkänd av: Charlotta Claesson, (chacl1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9042-122748033-221

Version: 2.0

Giltig från: 2025-12-15

Giltig till: 2027-12-09