

Rubrik
**Radiologiskt inlagd
gastrostomi, indikation för**

Dokumenttyp
Riktlinje

Gäller from Giltigt t o m
2025-08-18 2027-08-18

Sida:

Författare
Navntoft Anders

Faktaägare

1 (3)

Gäller för (enhet)
VO Diagnostik

Utskrivet dokument gäller inte som original!

Version:
1

Indikation för en radiologiskt inlagd gastrostomi (RIG)

Indikationen för en gastrostomi är att tillgodose adekvat näringstillförsel under en längre tid (>4-6 veckor) till patient som inte kan distribueras på annat sätt genom sond, parenteralt, etc.

METOD

Om normal anatomi föreligger och en nasogastrisk sond kan införas utförs ingreppet vanligen i lokalbedövning. Premedicinering med enkel smärtlindring och lugnande räcker ofta. Magsäcken fylls med luft via den aktuella sonden och punkteras därefter perkutant med hjälp av ultraljud och genomlysning. Magsäcken fixeras mot bukväggen med hjälp av fyra suturankare varefter en gastrostomiport anläggs via stegvis dilatation. Porten hålls på plats av vattenfylld kuff i magsäcken och den utvändiga kopplingen. Det går även lägga in en gastrostomitub med denna metod.

Fördelar

- ”Enkelt” ingrepp för patienten som slipper gastroskopi.
- Kan utföras på patienter där gastroskopi inte är möjlig eller kontraindicerat.
- Premedicinering med enklare smärtlindring och lugnande är oftast tillräcklig.
- Patienten får direkt en gastrostomiport och behöver inte komma in till sjukhus för byte såsom vid PEG.
- Patientkomfortabel lågprofil-knapp där det inte hänger ut någon längre del av knappen.
- Mindre risk för en oavsiktlig utdragning av en lågprofil-knapp för patienten.

Nackdelar

- Det kan finnas en risk att ingreppet inte blir av när patienten väl ligger på undersökningsbordet då mag-tarmanatomin vid kontroll med röntgengenomlysning inte överensstämmer med tidigare gjorda undersökningar vilket då eventuellt inte medger inläggning via röntgen/RIG.
- Om nasogastrisk sond/kateter inte kan sättas till ventrikeln går detta ingreppet ej att genomföras.

RELATIVA KONTRAINDIKATIONER (RISKFaktorER)

Avvikande blödningsvärden, aspirationspneumoni, koloninterposition, tidigare bukkirurgi, kraftig obesitas, hinder för perkutan gastrisk punktion (lever, tarm eller högt belägen diafragma), obstruktion av nedre magmunnen, grav malnutrition, ascites, progredierande demens, pågående infektion.

ABSOLUTA KONTRAINDIKATIONER

Om det inte går att anlägga en nasogastrisk sond kan man inte utföra detta ingrepp. Övriga absoluta kontraindikationer är gastric by-pass, uttalad ascites, portahypertension, varicer/ulcus i ventrikeln, peritonit, fri gas i buken, större hiatushernia, förväntad kort återstående levnad och tumörväxt i ventrikeln.

INFÖR GASTROSTOMI (VÅRDPLATS, ETC.)

- Polikliniska patienter med förväntad okomplicerad undersökning kan förberedas via dagkirurgisk enhet samt efteråt återgå till denna enhet för eftervård.
- Om komplikationer vid undersökningen som kan kräva längre vårdtid ska patienten till lämplig vårdavdelning (remitterande).
- Patienter som kommer via vårdavdelning förbereds samt återgår till denna vårdenhet.
- Nasogastrisk sond (6-10 Ch) ska sättas på vårdavdelning om så går. Vid förväntad eller svår sondsättning kan detta ske på röntgen i samband med undersökningen.

FÖRBEREDELSE

- Om patienten behandlas med Waran eller annan antikoagulantia ska denna medicineringsättning ut i god tid så att PK-värdet blir 1,5 eller lägre inför undersökningen om detta inte medför risker för andra komplikationer.
- Aktuellt blödningsstatus (Hb, PK, APTT, trombocyter) ska finnas klart vid undersökningen.
- Valfri nasogastrisk sond (6-10ch) sätts på vårdavdelning innan undersökningen, om så går. (Om problem kontakta röntgen.)

EFTERVÅRD

- Sängläge 2 timmar.
- Fasta 2 timmar.
- Patienten kan vid okomplicerade ingrepp återgå till hemmet eller annan vårdinrättning efter 6 timmar eller enligt läkares ordination.
- Tvätt varje dag runt gastrostomi och under suturknappar med tvål och vatten tills suturankarna släppt. Noggrann torkning efter tvätt!
- Kontrollera regelbundet avståndet stoma-hudplatta så knappen ej sitter för stramt eller migrerar ut.
- Patienten ska få kontakt med primärvården alternativt annan ansvarig enhet som sköter om gastrostomin och material-ansaffning samt dietist för instruktion om sondmat tills patienten senare klarar denna hantering själv.

AKUTA KOMPLIKATIONER

Vid akuta komplikationer ska gastrostomiporten inte användas, kontakta läkare på vårdavdelning, akutmottagning eller röntgen för bedömning.

Postoperativa akuta komplikationer (inneliggande patient):

- Större blödning från stomat.
- Oavsiktlig organperforation av tarm, lever, pancreas, njure, aorta, mjälte vid punktion (smärta, iliusliknande symtom, etc.).
- Buksmärtor vid matning.
- Omfattande läckage av ventrikelinnehåll ut genom stomat bredvid befintlig gastrostomi.
- Om två suturknappar släpper första veckan kan nya suturknappar behöva sättas på röntgen.

SUBAKUTA KOMPLIKATIONER (INOM 1-2 VECKOR)

Använd inte gastrostomin. Kontakta läkare, berörd vårdavdelning eller röntgen.

- Infektion lokalt i bukväggen (rodnad, irritation, ödem, svullnad, ömhet, värmeökning, utslag, purulent exsudat, etc.).
- Infektion i bukhåla (buksmärtor, stigande CRP, etc.).
- 2-3 suturknappar släpper i förtid <2 veckor.
- Gastrostomiport åker ut (stoppa inte i en ny!).

SENA KOMPLIKATIONER (>2 VECKOR)

- Om 2-3 suturknappar inte släpper spontant efter ca 3 veckor.
- Gastrostomiport åker ut (ha en reserv knapp i hemmet).
- Tryckskada på huden av suturknapp (även risk för trycksår/nekros i magsäcksslemhinnan).

SKÖTSEL

- De knappformade suturankarna är resorberbara och ska trilla av inom 2–3 veckor. Om de sitter kvar efter tre veckor ska de klippas av i hudplan.
- Omkuffning sker minst var 14:e dag eller enligt tillverkarens rekommendation. Mängden vatten ska dokumenteras.
- Infarten ska inte roteras under de första två veckorna. Efter två veckor roteras den i gastrostomat någon gång per dag.
- Kontrollera avståndet hud-platta (cirka 5 mm).

BYTE

- Om behov av byte av knappmodell bör detta göras tidigast efter 6-8 veckor.
- Om gastrostomin av någon anledning ska avlägsnas på ett tidigt stadium måste den först ha suttit i 10-14 dagar tills stomat har läkt.
- Komtinerliga byten av gastroport utförs vanligen via hemsjukvård eller primärvård.