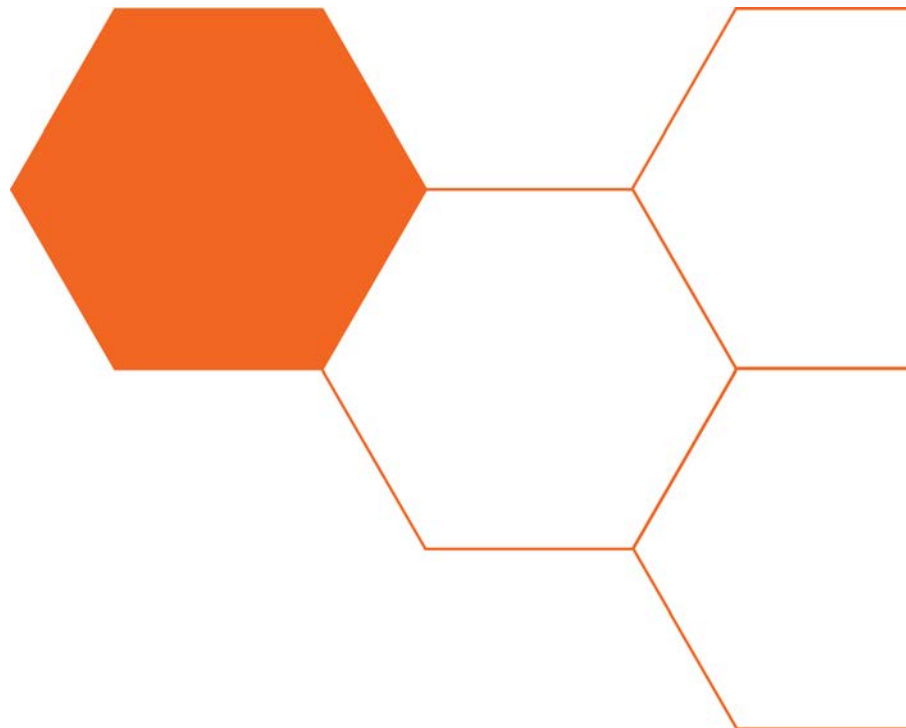


# Regional riktlinje för komplikationer efter fetmakirurgi

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.



# Innehållsförteckning

Förord.....	3
Dokumentinformation .....	4
Bakgrund .....	5
Åtgärder vid komplikation efter obesitaskirurgi .....	5
Kontaktinformation.....	6
Slitsileus .....	6

## **Förord**

Många patienter genomgår kirurgi på grund av fetma. Även om ingreppet idag har mycket låg komplikationsrisk drabbas enstaka patienter av komplikationer som kräver mer eller mindre snabb handläggning. Dessa patienter uppsöker vanligen närmsta akutmottagning varför det är viktigt alla känner till vilka rutiner som gäller och hur man kommer i kontakt med rätt kompetens för råd om handläggning.

Härmed fastställs dessa reviderade riktlinjer om handläggning av komplikationer efter fetmakirurgi. Riktlinjerna gäller för all verksamhet som är offentligt finansierad – såväl i privat som egen regi.

Malmö 2016-08-31

Ingrid Bengtsson-Rijavec  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
<b>Huvudförfattare</b>	Sven Frederiksen	Läkare, kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus	<a href="mailto:Sven.Frederiksen@skane.se">Sven.Frederiksen@skane.se</a>
	Hjörtur Gislason	Överläkare, Aleris Obesitas Skåne	
<b>Fastställt av</b>	Ingrid Bengtsson-Rijavec	Hälso- och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Ingrid.Bengtsson-Rijavec@skane.se">Ingrid.Bengtsson-Rijavec@skane.se</a>
<b>Sakkunniggrupp</b>	Expertgruppen Obesitas		
<b>Kontaktperson Koncernkontoret</b>	Sven Oredsson	Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Sven.Oredsson@skane.se">Sven.Oredsson@skane.se</a>
<b>Administrativ kontaktperson</b>	Christel Johansson	Publicerare	<a href="mailto:Christel.B.Johansson@skane.se">Christel.B.Johansson@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
<b>Ursprunglig version</b>	2013-06-13	2016-05-31	Mikael Ekelund Sven Oredsson
<b>Revidering</b>	2016-10-24	2018-12-31	Sven Frederiksen Hjörtur Gislason
<b>Revidering</b>			
<b>Revidering</b>			
<b>Revidering</b>			

## Sökord


## Bakgrund

Offentligt finansierad fetmakirurgi i Region Skåne bedrivs efter strikta kriterier, fastställda av regionen – se vårdprogram på [www.vardgivare.skane.se](http://www.vardgivare.skane.se). Remisserna sänds till, samt administreras och fördelas till respektive opererande enhet via kirurgmottagningen i Landskrona (adress – se nedan). Bedömning och eventuellt beslut om operation fattas av opererande enhet.

Respektive opererande enhet ansvarar för postoperativ vård och postoperativa komplikationer som är relaterade till det utförda ingreppet. För privata aktörer som opererar på uppdrag från Region Skåne gäller att man är ekonomiskt och primärt medicinskt ansvarig för alla sådana komplikationer som uppträder inom 30 dagar efter operation. Detta innebär att det dygnet runt, och minst 30 dagar efter senast genomförd operation ska gå att nå läkare med kompetens inom obesitaskirurgi. Alla opererade patienter ska dessutom ha skriftlig information med telefonnummer som kan uppvisas vart de än vänder sig vid akut komplikation.

Privata vårdgivare som opererar på uppdrag från Region Skåne ska dessutom ha skriftlig överenskommelse med ett eller flera närliggande akutsjukhus där samverkan i händelse av akut behov av medicinskt stöd beskrivs för perioden 0–30 dagar postoperativt.

## Åtgärder vid komplikation efter obesitaskirurgi

Grundregeln är att patienten, om situationen medger detta, först kontaktar läkare på den enhet där han/hon är opererad. Alla patienter ska ha information om vilket telefonnummer som gäller och sådan kontakt ska vara möjlig dygnet runt. I samråd med enhetens läkare fattas beslut om lämplig åtgärd. Patienten har alltid rätt att, oavsett var operationen är utförd, söka vård på närmsta sjukhus eller det sjukhus hon/han önskar i Region Skåne.

Principer vid handläggning av komplikation efter obesitaskirurgi:

1. Primär medicinsk bedömning utförs på det sjukhus patienten söker. Om någon diagnostisk utredning är *omedelbart nödvändig* utförs även den här – se punkt 2.
2. Kontakt ska snarast tas med läkare på den enhet där patienten är opererad. I samråd med denne beslutas om fortsatt handläggning.
3. Om det är medicinskt försvarligt och i övrigt möjligt är det ofta bäst att flytta patienten till ursprungligen opererande sjukhus, förutom den kirurgiska kompetensen finns där en vana vid att hantera patienter med obesitas och komplikationer
4. Om det inte är möjligt att flytta patienten skall man inte glömma att det oftast är möjligt att flytta kirurgen. Läkare från opererande enhet bör alltså erbjudas, och vara villig till, att medverka vid operation även på annat sjukhus. Patienten kan ofta sedan flyttas till ursprungligen opererande enhet.
5. Vilken läkare som har det direkta medicinska ansvaret för patienten får diskuteras i varje enskilt fall, enklast läkare vid det sjukhus där patienten just då finns.
6. Om komplikation lett till inläggning eller operation skall en journalkopia alltid skickas till opererande enhet för att komplikationen skall registreras i SOReg.

Även för komplikationer som uppträder efter 30 dagar bör man rådfråga obesitaskirurg – även om handläggningen oftast kommer att bli på det akutsjukhus där han/hon primärt söker. Efter de första trettio dagarna finns inte längre något ekonomiskt ansvar för privata vårdgivare.

## Kontaktinformation

### SUND/LANDSKRONA

Kirurgjour Helsingborg (=internt) 042–40 (615 10)  
Mottagning (=internt) 0418–4 (541 40)  
Adress: Kirurgmottagningen  
Lasarettet i Landskrona  
Box 514  
261 24 Landskrona

### ALERIS OBESITAS SKÅNE

Jour 070–939 79 96  
Mottagning 046–12 87 01  
Avdelning (=internt) 044–30 (915 61)

## Slitsileus

Slitsileus kan uppstå då tunntarm roterar in genom någon av de slitsar som uppstår vid laparoskopisk gastric bypass. Vanligen efter rejäl viktnedgång, alltså sex månader eller mera postoperativt. Möjligen finns en ökad risk för gravida.

Den kliniska bilden är ofta svårtolkad. Många patienter har haft episoder med ospecifika buksmärter, ibland tolkade som gallstenssmärter.

Idag försluts slitsarna vid alla operationer som utförs i Region Skåne, vilket tydligt reducerar risken för slitsherniering, någon garanti är det dock inte.

**Petersens space** begränsas av Roux-slyngans mesenterium och mesocolon transversum. Här kan tarm klämma in.

Bakom **enteroanastomosen** finns en slits, bildad av mesenteriet till biliär blindände och det till alimentärt ben/common channel, där tarm kan klämma in.

### KLINIK

- Symptom och fynd som vid vanlig tunntarmsileus saknas ofta.
- Mycket kraftig smärta – ofta ”pain out of proportion” – de fysikaliska fynden motsvarar alltså inte patientens smärtupplevelse.
- Duration 30 min–12 timmar.
- CT kan ibland ge vägledning. ”Whirlpool sign” och/eller uppspänd stormage/Roux-slynga.
- Blodprover hjälper sällan – även om påverkad tarm.
- Kliniken kan vara svår att skilja från gallbesvär.

### HANDLÄGGNING

- Sträva alltid efter att handlägga i samarbete med kollega som är erfaren på området – se punktlistan under stycket ”Åtgärder vid komplikation efter obesitaskirurgi” ovan.
- Om ihållande buksmärter och misstanke om ischemi – explorera

- Om tveksamhet – utför CT med iv/po kontrast
- Om patienten inte kan gå hem pga smärtor vid födointagsprovokation – utforska
- Om misstanke men patienten repar sig och kan gå hem – boka återbesök (om stark misstanke till Landskrona) med info att komma åter akut om ihållande besvär.

## **OPERATION**

- Laparoskopi är att föredra om kompetens finns.
- Om laparoskopi – använd tarmvänliga tänger.
- Optikport vid naveln + 5 mm portar på båda sidor medellinjen till operatören + 5 mm i vänster främre axillarlinje till assistenten.
- Börja med att skaffa en allmän överblick – cirkulationspåverkad tarm, lymfa i buken, uppdriven stormage – som tecken till pågående herniering? Om sådana tecken finns är det oftast klokt att börja med att identifiera caecum och följa tarmen i proximal riktning. Ofta löses hernieringen vid denna manöver. Om man kommer till korrekt belägen enteroanastomos utan att ha påträffat herniering lyfter man levern och identifierar gastroenteroanastomosen. Alimentaryära benet följs också till enteroanastomosen, om man även här kommer till korrekt belägen enteroanastomos finns ingen intern herniering som kan relateras till gastric bypass. Vik omentum majus cranialt över colon transversum. Från patientens högra sida kan man då se Petersen's space. Om slitsen är öppen, sy mesocolon till mesenterium från botten till nedre kanten av colon transversum. Fortsätt längs alimentära benet till enteroanastomosen. Biliära benets blindände skall peka kranialt/åt patientens högersida. Om man fattar alimentärt ben strax oralt om enteroanastomosen och lyfter i kranial – ventral riktning ser man slitsen bakom enteroanastomosen. Om den står öppen sluts den bäst från detta håll. Mesenteriet motsvarande enteroanastomosen sys till kanten på mesenteriet till biliär blindände. Det är viktigt att anastomosen inte blir hängande fixerat högt uppe i buken, utan är fritt mobil efter slitsförslutningen. Ofta betyder det att anastomosen måste mobiliseras med delning av tunntarmsmesenteriet mellan alimentär och biliär blindände.
- För slitsförslutning rekommenderas icke resorberbar flätad sutur; Ethibond eller TiCron 3/0.
- Användbara diagnos- och operationskoder finns på sista sidan.

## **ATT OBSERVERA**

- Petersens space: Ingen tarm skall komma ut mellan tvärcolonmesot och det alimentära benet (=Roux-benet). Duodenojejunal övergången och det biliära benet skall ligga till vänster om Petersens space.
- EA-slits: Blindändan på det biliära benet skall vara riktad kranialt/åt patientens högersida, alltså mot det alimentära benet. Är man högt på det alimentära benet och viker detta åt patientens högersida bjuder sig EA:n. Man syr slitsen från detta håll (medialsidan).
- Vid dilaterad eller ansträngd tarm, liksom vid öppen operation, skall avlastande gastrostomi i stormagen övervägas.
- Patienten kan ha annan patologi så det tillråds att man går igenom hela tunntarmen.

## **VID ANNAN ELEKTIV KIRURGI**

- Båda slitsarna bör inspekteras och förslutas vid annan elektiv kirurgi för att minimera risken för kommande slitsherniering.
- Tidigare förslutning inte är en garanti för stängda slitsar.

## KODER VID OPERATION FÖR MISSTÄNKT SLITSHERNIERING

Något av följande fynd vid operation är de vanligast förekommande och kodsättes enligt nedan. Det är viktigt att alla använder gemensam kodsättning så att alla komplikationer inom Region Skåne kan identifieras.

Ingen aktuell herniering, Slitsar slutna	Ingen aktuell herniering, Slitsar öppna	Hernierad tunntarm med inklämning utan gangrän	Hernierad tunntarm med gangrän
R 10.4	K 45.8	K 45.0	K 45.1
Z 98.0	Z 98.0	Z 98.0	Z 98.0

## OPERATIONSKODER

Ingen aktuell herniering, Laparoscopisk operation JAH 01 Explorativ laparoscopi  
slitsar stängda: Öppen operation JAH 00 Explorativ laparotomi

---

Ingen aktuell herniering, Laparoscopisk operation JAS 11 Lap sutur intraabd. bråck  
slits (-ar) öppna: Öppen operation JAS 10 Suture intraabdominellt bråck

---

Aktuell herniering, Laparoscopisk operation JFL 11 Lap reposition tarm  
inget gangrän: JAS 11 Lap sutur  
Öppen operation JFL 10 Reposition tarm  
JAS 10 Suture

---

Aktuell herniering, Laparoscopisk operation: JFB 01 Lap tunntarmsresektion  
gangrän. Resektion: JFL 11 Lap reposition tarm  
JAS 11 Lap sutur  
Öppen operation: JFB 00 Tunntarmsresektion  
JFL 10 Reposition tarm  
JAS 10 Suture

---