

Godkänt
2024-01-29
Giltigt t.o.m
2027-01-29

Versionsnummer
4.0
Diarienummer

Intervention PTCD Perkutant transhepatiskt kolangiodränage remittent

Stråldos:



Dosklass II: Extra hänsyn till strålrisk för barn.

Var god se även dokumentet [PTC vid Falu Lasarett](#) (Vårdrutin Anestesi/Op/IVA) för närmare beskrivning av provtagning, narkosbedömning etc inför ingreppet.

Indikation/frågeställning

- Avlastning av gallvägar vid gallstas pga känt hinder. Vanligtvis då avlastning med ERCP ej har lyckats eller inte är möjligt på grund av hinder i hilusnivå.
- Avlastning av gallvägar vid galläckage.
- Endoluminal biopsi från misstänkt malign gallgångsstenos.

Kontraindikationer

- Ascites (skall dräneras före PTCD).
- Ej korrigerbar koagulopati.

Remissinnehåll

- Indikation
- Relevanta tidigare sjukdomar, operationer/ ingrepp.
- Det ska tydligt framgå ur remissen om metallstent kan vara aktuellt. Vanligtvis enbart hos palliativa patienter som inte kan opereras.
- Tar patienten blodförtunnande läkemedel? (ska som regel sättas ut)
- Smittsamma sjukdomar (T.ex. Hepatit, HIV, MRSA, ESBL)
- Allergier
- Ange eventuellt tolkbehov.

Patientförberedelser

- Patient ska informeras om det planerade ingreppet.
- Ingreppet utförs i narkos. Detta sker planerat under dagtid ofta halvakut inom 1 vecka på interventionslab på BFM Falun. Tillgång till narkoslag styr planeringen.
- Narkosanmälan via Provisio. Narkospersonal sköter premedicinering och vätskeregim.
- Antibiotikaprofylax enligt remitterande läkares ordination (Enligt PM: [Riktlinjer för antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp](#))
- Patienten skall vara inläggande på avdelning eller motsvarande i Falun och kommer nyduscha och operationsklädd i säng.
- Fastande som inför operation.
- Pågående infusion via PVK.
- Vid relevanta mängder ascites skall detta dräneras innan PTCD.
- Blodförtunnande läkemedel skall sättas ut enligt separat dokument. Var god se dokumentet [Intervention Blodförtunnande läkemedel remittent](#) under Ingrepp med hög risk för blödning.

Undersökningsutförande

- Ultraljudsstyrd perkutan punktion av perifer gallgång (höger och/eller vänster, beroende på hindrets lokalisation och utbredning).
- Gallträdet framställs och stenosen passerar med hjälp av ledare.
- Gallgångarna dräneras med internt/externt drän med knorren positionerad i duodenum.
- Om operation inte är aktuellt kan självexpanderande nitinolstent bli aktuellt.
- Om det ej går att passera stenosen kan temporär extern avlastning med pigtaildrän vara aktuellt. Patient förlorar då gallsalter och vätska som kan ges tillbaka till pat via tunntarmssond. Nytt försök att erhålla läge till tarm och intern dränering görs efter några dagar – en vecka.

Kontrastmedel/ läkemedel

- Icke-joniskt jodkontrastmedel
- Lokalbedövning (Carbocain)

Komplikationer

- Detta är ett ingrepp med hög blödningsrisk.
- Risk för blödning, infektion, gallläckage, perforation av lever/ gallgångar eller tarm.
- Risk för pneumo-, hemo-, bilothorax vid högre punktion.
- Sepsis

Eftervård

- Sedvanlig eftervård på uppvakningsavdelning.
 - Fasta 2 timmar.
-

- Sängläge 4 timmar. Toalettbesök går bra om patienten bedöms vara i skick att klara det och dränaget hanteras med försiktighet.
 - Efter nyanläggning lämnas dränaget öppet med påkopplad påse för externt dränage. Dränaget skall spolas häftigt med 10 ml NaCl-lösning enligt medföljande spolschema. Därefter ska dränaget som regel hållas stängt för att dränera galla till tarm och förhindra förlust av vätska och gallsalter.
 - Vanligtvis spolas dränaget 1-2 ggr/ dygn. Om gallan är fortsatt är grumlig eller blodtillblandad föreslås spolning 4-6 ggr/dygn.
 - Vid svårighet att hålla dränaget stängt kan dränaget behöva kontrolleras och eventuellt bytas. Under tiden kan man överväga att dränera externt och ge tillbaka gallan till patienten via en nasoduodenal sond.
 - Gallvägskateter byts om de börjar krångla. Om dränaget suttit kortare tid (upp till 4 veckor) eller om hantering av dränaget är smärtsam kan hjälp med smärtlindring/narkos behövas.
-