Bukväggsbråck, VO Kirurgi

Innehåll

1. Syfte och omfattning 1
2. Allmänt 1
3. Ansvar och roller 1
3.1. Verksamhetschef 1
3.2. Vårdenhetschef 1
3.3. Personal 2
4. Beskrivning 2
4.1. Symtom 2
4.2. Utredning 2
4.3. Operationsindikation 2
4.4. Operationsteknik 2
4.5. Postoperativ vård 3
4.6. Förebyggande 3
5. Plan för kommunikation och implementering 3
6. Dokumentinformation 3
7. Referenser 3

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Syfte och omfattning

Rutinen syftar till att kvalitetssäkra vården av patienter med bukväggsbråck samt att minska risken för att bukväggsbråck skall uppstå/återkomma. Ljumskbråcksbehandling och handläggning beskrivs i separat rutin.

2. Allmänt

Bukväggsbråck definieras som en försvagning i bukväggen varigenom intraabdominellt innehåll protruderar/skjuter ut. Detta kan uppstå spontant eller efter påverkan som exempelvis trauma eller kirurgi (s.k. ärrbråck). Man räknar med att upp till 10 % av laparotomier ger ärrbråck. Traditionell suturplastik ger oacceptabelt hög andel recidiv (upp till 50%) utom för de minsta bråcken. Bråck kan orsaka betydande besvär för patienten och pga. den höga prevalensen förbrukas också stora resurser i vården.

3. Ansvar och roller

3.1. Verksamhetschef

Verksamhetschef ansvarar för innehållet i rutinen och att detta är känt och efterföljs inom verksamheten.

3.2. Vårdenhetschef

Vårdenhetschef ansvarar för att medarbetare inom berörd verksamhet känner till och arbetar efter denna rutin.

3.3. Personal

Personal inom berörd verksamhet som deltar i vården av dessa patienter ansvarar för att känna till och följa denna rutin.

4. Beskrivning

4.1. Symtom

Lokal värk, kräkningar, kosmetik, inflammation, fistlar m.m.. Stora bråck ger ibland också problem med beklädnad samt mobiliseringssvårigheter.

4.2. Utredning

I normala fall är enkel klinisk diagnos tillräcklig. Vid mer komplicerade bråck/oklara fall kan röntgenundersökning behövas, då i första hand DT. Försök att känna fasciedefektens storlek, inte bara hur stort den utbuktande vävnaden är. Vid mycket stora bråck kan operation innebära postoperativa respiratoriska problem, pga detta bör man i dessa fall penetrera anamnesen särskilt hos dessa patienter.

4.3. Operationsindikation

Patienter med besvär från sitt bråck skall erbjudas operation, däremot ska som vanligt patientens besvär vägas mot riskerna med operationen. Ta hänsyn till ålder, övrig sjuklighet, förväntad operationssvårighetsgrad osv.. Ordentlig information bör ges om riskerna, lämna även ut Patientinformation inför operation av bukväggsbråck. Vid tveksamheter är det ofta bra med en tids eftertanke och utvärdering efter att patienten fått information om operationens risker och möjligheter och därefter följa upp med en telefonkontakt.

4.4. Operationsteknik

Grovt sett bör patienter med fasciedefekt större än en enkrona (ca 2 cm) samt recidiv alltid opereras med nätteknik. Detta bör läggas sublay exempelvis med s.k. Rives-Stoppa teknik, överlappning från fasciekant bör vara minst 5 cm. I vissa fall kan även s.k. coatat nät användas intraabdominellt. Den relativt stora överlappningen behövs främst beroende på den ”nätkrympning” som sker postoperativt, minst 15 %. Operationen kan göras öppet eller laparoskopiskt. Vid paramediana bråck (efter gall-, appendicitoperation m.m.) samt bråck hos överviktiga finns sannolikt en fördel med laparaskopisk teknik, för övriga finns inga klara fördelar med någon av metoderna.

Rutinmässig antibiotikaprofylax behövs inte. Vid stor dissektionsyta kan det vara bra med postoperativt drän. Även vid de flesta akuta operationer bör man använda nätplastik om ingen större kontamination skett.

Kontrollera giltighet på utskriftsdatumet endast utskriftsdatumet

4.5. Postoperativ vård

Försiktighet med tunga lyft. Gördel kan övervägas postoperativt för de större/mer komplicerade bråcken och hos patienter med BMI > 30. Övriga får mobilisera fritt till smärtgränsen. Återbesök behövs inte rutinmässigt. De mindre bråcken lämpar sig utmärkt för dagkirurgi förutsatt BMI < 35, ASA < 3.

4.6. Förebyggande

All fascieförslutning bör ske med långsamt resorberbar, monofilament sutur exempelvis PDS. Trådåtgången bör vara minst 4 gånger så lång som hudincisionen. Observera att även snitt efter exempelvis gall-, laparoskopiska- och appendicitoperationer bör försluta enligt ovanstående metod.

5. Plan för kommunikation och implementering

Den fastställda rutinen förs vidare via kvalitetssamordnare till berörda vårdenhetschefer som ansvarar för att sprida den vidare till berörda medarbetare.

6. Dokumentinformation

Granskad av Torbjörn Sakari överläkare, Vårdenhetschef läkare Gävle VO Kirurgi och Martin Sundström Vårdenhetschef läkare Hudiksvall VO Kirurgi.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Rives-Stoppa teknik	https://usorebro.se/sv/Videoarkiv/Oppen-kirurgi/
Ljumskbråck, vårdprogram, VO Kirurgi	Platina ID 09-30834
Patientinformation inför operation av bukväggsbråck	Platina ID 09-302094

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet