

Dränagebehandling på Palliativa Enheten Västervik

Evidensgrad för behandlingsrekommendationer av malign pleuravätska och ascites är mycket låg. Det saknas överlag randomiserade studier som jämför behandlingsalternativen. Det antas finnas skilda verkningsmekanismer mellan benign och malign ascites och pleuravätska varför behandlingsförslagen kan skilja sig för olika diagnoser.

Behandlingsrutinerna baseras på befintlig evidens men vilar till stor del på praktisk erfarenhet.

Var noga med indikation för pleura- respektive ascitestappning. Väg in patientens performance status och förväntad överlevnad. De flesta palliativa patienter kan erbjudas god symtomlindring med t ex opioider mot andnöd och/eller smärta. Framförallt i sent palliativt skede bör potentiella risker med dräniläggning vara motiverade.

A Dränage pleuravätska:

1. Förarbete:

- Symtomskattning av dyspne med VAS,
- aktuella koagulationsprover (blodstatus, APT, PK inte äldre än 24 timmar innan inläggning),
- saturation,
- se över att antikoagulantia är utsatta i god tid, kryssa Innohep dagen innan ingreppet.
- Patienten är fastande inför ingreppet

2. Ta kontakt med lungläkare för diskussion kring eventuell tappning. Vid återkommande behov av tappning (refraktär pleuravätska kan eventuellt inläggning av permanent pleurX-drän eller pleurodes övervägas. Rådgör med lungläkare och kontakta narkosläkare (Ewa Guzenda) och Frida Eddyson Hägg för ev inläggning av pleur-X-drän.

3. Läkare ordinerar tappningsfrekvens. Vid pleuratappning eftersträvas oftast att tappa ut så mycket som möjligt ("torr-tappa"). För att minska risken för lungödem sker det i fraktioner t ex 1 l initialt följt av 500 ml/2 timmar. Daglig observation för eventuella biverkningar eller annan försämring. Kontakta läkare t ex om påsen fylls med luft. Tappningar noteras i *vätskebalans* under *dränage*.

4. Patienten ombeds att fortlöpande göra nya skattningar avseende förbättrad symtomlindring. Instruera patienten gärna i att använda symtomdagbok.

5. Efter slutförd tappning dokumenteras sammanlagd volym av tappningen och vilken effekt patienten har upplevt på sina symtom i daganteckning. Dränet avlägsnas (ej PleurX drän). Överväg kontrollröntgen efter tappning.

6. Utskrivning med PleurX dränage: se nedan

B Dränage ascites:

1. Förarbete:

- Aktuell symtomskattning: Vilka symtom vållar ascites patienten? (t ex mättnadskänsla, smärta, svullna ben, illamående) skattas med VAS,
- aktuella koagulationsprover (blodstatus, APT, PK inte äldre än 24 timmar innan inläggning, njurstatus med elektrolyter och Albumin, leverstatus),
- se över att antikoagulantia är utsatta i god tid, kryssa Innohep dagen innan ingreppet,
- ta vikt och mät bukomfång (stående på navelnivå, undantagsvis liggandes, dokumentera vilket)
- Patienten är fastande inför ingreppet

2. Evidens kring behandling av malign ascites med diuretika är mycket låg och med divergerande resultat. Troligvis effekt i tidig palliativ fas och om portal hypertension bidrar till utvecklingen. I dessa fall kombineras oftast loop-diuretikum med kaliumsparande diuretikum (t ex Furix och Spironolakton). Glöm inte att utvärdera effekten och sätt ut läkemedlen om de inte påverkar symtom eller tappningsfrekvens!

3. Remiss för dräninläggning utfärdas till Frida Eddyson Hägg, kirurgkliniken Västervik. Vid återkommande behov av tappning kan inläggning av permanent pleurX-drän övervägas. Remissen skall i så fall innehålla information om att just detta drän efterfrågas.

4. Läkare ordinerar tappningsvolym. Vid tappning av ascites eftersträvas minsta möjliga tappningsvolym som ger patienten tillfredställande symtomlindring. Informera patienten om att vi inte har som mål att tappa ut all vätska. Extensiv tappning ökar risken för hypalbuminemi och därmed för snabb återfyllning. Evidens för positiv effekt av albuminsubstitution i onkologisk symtomlindrandring av ascites saknas. Vanligen tappas ca 2-3 l initialt. Sedan stängs dränet och patienten får känna efter genom att röra på sig och försöka äta. Be patienten föra symtomdagbok och följ daglig vikt samt bukomfång enligt ovan.

5. Efter slutförd tappning dokumenteras den sammanlagda tappade volymen, färgen på ascites färg (t ex klargul, mjölkig, blodig) och effekten patienten har haft av tappningen. Dränet avlägsnas vanligtvis men kan i undantagsfall även användas i hemsjukvården.

6. Utskrivning med PleurX dränage: se nedan

Inför utskrivning med PleurX dränage:

Patienten kan ha sitt dränage kvar vid utskrivningen.

Palliativa Enheten fortsätta i samråd med ansvarig distriktsläkare ansvarar för fortsatt uppföljning och ställningstagande till framtida tappningsbehov.

Överrapportering (och journaldokumentation) sker avseende tappningsvolym och eventuella komplikationer. Tänk även på att meddela tid för planerad suturborttagning. Besluta om vilket tappningssystem som rekommenderas för användning och sänd med ett set till hemsjukvården:

Vanligen tillräckligt med tappningspåsar då dessa innehåller säkerhetsventil som förhindrar backflöde.

Dränagepåsar 2000 ml

Dränagepåsar 2000 ml, tömbar

I enskilda fall kan det behövas sugflaska:

Vakuumflaska med sug : 500 ml eller 1000 ml

För praktiskt handhavande och skötsel av pleurX-katetrar vänligen se dokument

Skötsel av PleurX drän

Närmare information kring PleurX finns även på företagets hemsida:

<https://www.fenix.se>

Referenser

se Fenix hemsidan för referenser och

Erfarenheter av tunnelerad, permanent dränagekateter vid recidiverande ascites i palliativ vård.

Tora IA Campbell-Chiru Specialist i allmän kirurgi, Diplomerad i Palliativ medicin, Palliativmedicinska enheten Blekingesjukhuset Karlshamn/Karlskrona och Kirurgkliniken Södersjukhuset Stockholm

European Journal of Cancer 42 (2006) 589–597: Becker, Galandi et al, Malignant ascites: Systematic review and guideline for treatment

Management of drainage for malignant ascites in gynecological cancer (Review)
Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration.

2020-05-19 vers 1.1

Ursula Scheibling, Frida Eddyson Hägg, Urban Wennerström, Fredrik Olsson, Ewa Guzenda