



# Nationella riktlinjer för gastrostomi

## Bakgrund

Långvariga uppfödningssproblem till följd av att barnet inte kan försörjas peroralt förekommer vid olika tillstånd. Gastrostomi är ofta ett bättre alternativ än nasogastrisk sond om behovet beräknas bli långvarig (>3 månader).

## Indikationer

- Barn som av oklar anledning inte kan svälja.
- För tidigt födda barn som inte orkar svälja.
- Barn med missbildning som hindrar sväljning.
- Barn med funktionshinder som stör sväljning.
- Barn med kroniskt tillstånd som inte utvecklar sväljning.
- Barn med tumörsjukdom som inte förmår svälja.
- Barn med kronisk sjukdom som leder till otillräckligt födointag och/eller dålig tillväxt.
- Barn med sjukdomar som behöver speciell kost/läkemedel som inte kan intas via munnen.



## Preoperativ bedömning

- Patienten och föräldrar ska träffa kirurg och nutritionssjuksköterska före operationen.
- Information lämnas av både kirurg och nutritionssjuksköterska angående operationsteknik, postoperativt förlopp, skötsel och komplikationer.
- Blodprover:
  - Hb på alla.
  - Andra prover beroende av patientens tillstånd t.ex blodstatus, elektrolytstatus och koagulationsstatus.
- Ventrikel- övre passageröntgen bör utföras vid misstanke om försenad ventrikeltömning eller vid misstanke om avvikande anatomi.
- Ställningstagande till GERD-utredning om kliniska uppgifter kan tyda på behov av antirefluxbehandling.
- Dietistkontakt för beräkning av nutritionsbehov, typ av näring och volym bör ha skett.
- Antibiotika-profylax ges som engångsdos enligt lokala rutiner.

## Operation

- Det finns olika metoder att anlägga en gastrostomi
  - Öppen operation
  - Laparoskopisk operation
  - Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG med pull eller push-teknik)
  - Eller kombinationer av ovanstående
- Gastrostomikateter eller gastrostomiknapp kan anläggas primärt
- Operatören avgör, utifrån lokala riktlinjer, vilken metod som är bäst för varje patient



## Postoperativt

- Nasogastrisk sond avlägsnas såvida inte särskild indikation finns att ha den kvar.
- Gastrostomikatetern/-knappen skall initialt vara öppen med tillkopplad påse.
- 4 timmar postoperativt stängs gastrostomikatetern/-knappen.
- 6 timmar postoperativt kan klar vätska börja ges (10-50ml) under förutsättningen att patienten inte mår illa.
- Under förutsättning att patienten mår bra kan sedan tillmatning ökas successivt enligt individuellt schema
- Kontakt med nutritionssjuksköterska före hemgång för postoperativ information och förskrivning av hjälpmedel.
- Utskrivning sker vanligen inom 1 – 3 dygn.
- Planera uppföljningen vid utskrivningen.

## Uppföljning

- Återbesök hos nutritionssjuksköterska eller vårdpersonal med motsvarande kompetens inom 2-4 veckor postoperativt för klinisk kontroll.
- 1:a bytet av gastrostomikateter/-knapp utförs ca 3 månader postoperativt av nutritionssjuksköterska eller vårdpersonal med motsvarande kompetens.
- Efter utbildning förväntas föräldrarna byta och sköta gastrostomikatetern/-knappen själva.



## Komplikationer

- Gastrostomikateter/-knapp som accidentellt åkt ut inom sex veckor, skall läggas tillbaka så tidigt som möjligt samt verifieras med kontraströntgen eller gastroskopi innan mat/medicin ges
- Om en gastrostomikateter/-knapp åkt ut och man inte kan få in densamma igen bör hålet säkras omgående med en tunnare kateter.
- Infektion – lokalbehandling eller vid uttalade fall antibiotika.
- Granulom – behandlas i första hand med kortisonkräm. Lapisbehandling är andrahandsval. När konservativ behandling ej fungerar kan kirurgi övervägas. Kontrollera gastrostomikateterns/-knappens längd.
- Läckage - kontrollera mängden vätska i kuffen samt gastrostomikateterns/-knappens längd. Behandling med PPI skall övervägas.
- Efter avlägsnande av gastrostomiknappen utvecklar vissa patienter gastrokutan fistel. Patienter med persisterande gastrokutan fistel efter en månad skall träffa barnkirurg.

## Arbetsgrupp:

### Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus, barnkirurgiska kliniken

Dr Zsuzsz Bartik  
Dr Anders Sandin  
Ssk Carin Jonasson  
Ssk Malin Leidzén

### Akademiska Sjukhuset Uppsala, kirurgmottagning för barn och ungdom

Dr Johan Danielsson  
Dr Niclas Högberg  
Ssk Elisabet Petré

### Skånes Universitetssjukhus Lund, barn och ungdomsmedicin, barnkirurgen

Dr Einar Arnbjörnsson  
Dr Torbjörn Backman  
Ssk Helen Sjövie  
Dr Hans Winberg

### Astrid Lindgrens Barnsjukhus Stockholm, barnkirurgi

Dr Jan Rutqvist  
Ssk Björn Bäckström  
Ssk Ingrid Abrahamsson