

ANE LÄK EVAR - EndoVascular Aortic Replacement

Stentläggning i stora kroppspulsådern via ljumskarna på grund av en försvagning i kärilväggen.

Ingreppet sker på IR-lab, plan 3 på röntgen. Kärllirurg ansvarar för öppning och stängning av ljumskar samt kärllaccess och närvarar sedan på sal under det att interventionisten anlägger graftet i röntgengenomlysning. Beredskap finns för konvertering till öppen kirurgi.

Ingreppet i sig är inte särskilt smärtsamt men patienten upplever ofta tryck/obehag i samband med att katetrar kommer lite högre upp i buken och patienten sövs därför vanligtvis.

Då kontrast ges peroperativt behöver urinproduktionen understödjas och kontrolleras.

Preop

Preoperativ utredning som vid öppen kirurgi då risk finns för konvertering.

Minst 4 Ekonc / 4 Plasma beställs och förvaras på blodcentralen.

Antibiotika och trombosprofylax ges enligt operatörens ordination.

Artärnål helst vä arm. Domen placeras lätt åtkomlig för provtagning.

Två venösa infarter. Minst en 1,5mm eller större och helst på vä arm.

KAD från avdelning, mätning av timdiures startas preoperativt på IR-lab.

Påbörja infusion av Ringer-Acetat så snart som möjligt (gärna redan från avd) för att tillgodose god spontan diures. Minst 1000ml skall ha gått in inför administrering av kontrast.

Anestesi

Optid 120-240 minuter.

Anestesiapparat (Aisys) finns på IR-lab.

Premedicinering vid behov.

Intubationsnarkos med underhåll av sevoflurane och remifentanyl.

Lokalanestetika i ljumskar (Undantagsvis kan ingreppet ske helt i LA.)

På salen finns alla läkemedel tillgängliga som initialt behövs för konvertering till öppen kirurgi.

Anestesiavdelningen
Markus Falk**Perop**

Ryggläge. Röntgenbordet sitter fast på sal och är mycket begränsat i manövreringsförmåga. Benen fixeras lätt på plats med U-formade skumgummiskenor. Vå arm fixeras på kudde/geldyna som vilar på en skiva som skjuts in under patient. Under ingrepp är åtkomsten till patienten begränsad.

Motverka nedkylning mha Bairhuggertäcke under patient (blå värmare för bäst effekt) och vätskevärmare.

Operatören/interventionisten kommer vid flera tillfällen begära apnéperioder om ca 20 sekunder för att säkerställa god bildkvalitet vid kontrastgivande.

Heparin administreras av operationspersonalen och ACT mäts vid behov av narkospersonalen för att monitorera heparinets effekt (maskin och instruktion finns tillgänglig på IR-lab).

Viss blödningsrisk finns peroperativt, ffa från ljumskar.

Vid väckning bör åtgärder vidtas för att undvika krystning och risk för blödning.

Postop

Postop i första hand till UVA (men till IVA om platsbrist på UVA eller om observationstid överstiger UVA:s öppettider) under övervakning och får gå till vårdavdelning tidigast efter 6 timmar.

Planläge 2 timmar, därefter max 25 graders resning resten av tiden på UVA/IVA.

Patienten skall fasta postoperativt på UVA/IVA.

Ringer-Acetat ges med mål att patienten spontant kissar >50ml/h.

Fragmin ordineras av operatör/interventionist och ges vanligen 2-6 timmar efter ingrepp.

Provtagning endast efter särskild ordination.

Stentmaterialet kan ge lätt feber (<38,5) dag 1-3.

Monitorering	EKG – arytmiovervakning
	pulsoximetri
	Invasivt tryck
	Timdiures

Kontroller UVA/IVA	Ljumskar samt färg och pulsar (använd doppler vid behov) på båda fötter kontrolleras varannan timme
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------