

Genplacering og skift af suprapubisk blærekateter

Martin Højgaard, Anne Katrine Marsh & Ole Peter Klarskov

KLINISK PROCEDURE

Urologisk Afdeling H,
Herlev Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V01130016

Proceduren for genplacering eller skift af suprapubisk blærekateter (SPB) gennem eksisterende kanal beskrives.

BAGGRUND

SPB ligger i en stikk kanal fra huden kranialt for os pubis til blæren [1] og er et alternativ til transuretralt kateter. Indikationen for SPB kan være uretrale defekter eller andre lokale gener, ønske om et aktivt sexliv eller hygiejniske og plejemæssige forhold hos patienter med kompromitteret vandladning, og at intermitterende kateterisering ikke kan gennemføres [2].

Efter seponering stenoserer stikkkanalen mellem hud og blære inden for få timer, hvorefter genplacering ikke er mulig. Da mange af disse patienters blærekapacitet tilmed er lille, er det vigtigt, at kateteret genplaceres hurtigt og ved den første kontakt til sundhedsvæsenet. Ved accidentiel seponering af SPB indbringes patienten ofte til nærmeste skadestue.

Ikke rettidig genplacering medfører smerter og ubehag for patienten pga. blæreretention. Er stikkkanalen først lukket til, må nyanlæggelse af SPB foretages i urologisk regi, hvilket giver gener og risici for patienten samt yderligere omkostninger.

Genplacering af SPB bør derfor kunne udføres af alle læger og sygeplejersker med frontlinjekontakt.

I denne vejledning beskrives proceduren for gen-

placering eller skift med simple remedier, tiltag ved problematisk genplacering samt risici og komplikationer i forbindelse med proceduren.

INDIKATION

Indikationen er accidentielt seponeret SPB eller skift af SPB.

FORBEREDELSE

Patienten bør modtages hurtigst muligt.

Patienten placeres i rygleje og informeres om proceduren. Indhent oplysninger om: 1) tid siden seponering. Ved mere end 2-3 timers seponering eller nyligt primært anlagt SPB (under 14 dage) må vanskelig genanlæggelse forventes. 2) Eksisterende SPB-størrelse. Det er ofte ikke muligt at anlægge et større SPB end det, der vanligt bruges, og er kateter med integreret ballon ikke tilgængelig, kan mindre kateterstørrelse være nødvendig.

UDSTYR

Remedier til steril afvaskning af området, lokalanalgetisk gel (lidocain eller lidocain-chlorhexidin-gel), et almindeligt Foleysilikonekateter Ch 12-14, om muligt med integreret ballon, evt. engangskateter Ch 12-16. Sterile handsker.

PROCEDURE

Anlæggelsen foregår lettest, hvis der er en smule urin i blæren. Patienter, som har haft SPB i mange år, vil ofte have reduceret blærekapacitet ned til 50-100 ml, og blæren fyldes derfor hurtigt.

Den eksisterende stikk kanal identificeres, og der afvaskes sterilt. Med sprøjtstudsden på lidocaingelen sonderes stikkkanalen (**Figur 1**), og der indgives rigeligt lidocaingel i den. Hvis gelen problemfrit kan injiceres i kanalen, forsøges et almindeligt Foleysilikonekateter indført straks.

Hvis stikkkanalen ikke kan sonderes pga. modstand, kan den, efter indgivelse af lidocaingel, forsøges sonderet med et kort engangskateter [3]. Engangskatetre er stivere end gangse Foleysilikonekatetre, hvorfor der kan anvendes større kraft ved indføringen.

Anvend den mindste størrelse engangskateter (typisk Ch 12 eller 14). Hydrofile engangskatetre giver færrest gener og bør benyttes. Alternativt anvend-

VIDEO

Genanlæggelse og skift af suprapubisk blærekateter. Denne otteminuttersvideo viser de basale håndgreb til skift og genanlæggelse af et suprapubisk blærekateter.

Skan eller klik på koden for, at se videoen.



des lidocaingellubrikerede nelatonkatetre. Indfør kateteret med et jævnt tryk gennem stikkanalen i en lodret eller let kranial retning ved fuld blære.

Kommer der urin via kateteret, er det anlagt korrekt.

Er blæren udtømt og smertende, kan noget af urinen udtømmes på dette tidspunkt, men undlad så vidt muligt at tømme blæren helt, da genanlæggelse som nævnt er nemmest på en moderat fyldt blære. Afklem og lad engangskateteret sidde 3-4 minutter. Gentag proceduren med et engangskateter i næste størrelse, indtil stikkanalen er dilateret op til den ønskede størrelse eller størrelsen over. Herefter kan et silikonekateter med integreret ballon eller et almindeligt silikonekateter af samme størrelse eller en størrelse mindre end sidst anvendte engangskateter indføres (Figur 2).

Når silikonekateteret ligger korrekt

Kontroller, at SPB fungerer, noter altid totalt udtømt volumen. Vanligvis fyldes 5 ml i kateterballonen, og kateteret fikseres med tør forbindelse eller efter patientens præferencer.

KOMPLIKATIONER

Ekstravesikal placering

I sjældne tilfælde kan et genanlagt kateter være displaceret ekstravesikalt, hvilket giver risiko for penetration til peritoneum [4].

Placering i urethra

Hvis kateteret føres for langt ind, kan spidsen placeres i urethra. Hvis vandinstallation i ballonen er smertefuld eller giver megen modstand, må man have mistanke om dette. Hos kvinder kan meatus urethrae inspiceres direkte.

Blødning

Hæmaturi sekundært til genplacering af kateter eller hæmaturi efter aflastning af en overdistenderet blære, er oftest selvlimiterende og kræver blot observation.

Nyligt anlagt suprapubisk blærekateter

De første 14 dage efter anlæggelse af SPB er der ikke fuld adhærens mellem de forskellige lag i stikkanalen, og ved seponering af SPB kan lagene forskyde sig, hvilket besværliggør genanlæggelse.

Hvis kateteret ikke kan genanlægges

Hvis der ikke kan anlægges et nyt SPB, kan der enten anlægges kateter per urethram eller SPB de novo. Alternativt kan stikkanalen sonderes med en dilatator eller knopkanyle og gennem denne indføres guidewire og efterfølgende *open-end*-kateter over guidewi-

FIGUR 1

Efter aseptisk afvaskning af området omkring stikkanalen sonderes denne med sprøjtestudsens på lidocain-chlorhexidin-gelen, og der injiceres ca. 5 ml gel.



FIGUR 2

Efter evt. sondering med engangskateter indføres et silikonekateter i stikkanalen. Kateteret skal kun indføres 7-8 cm hos normalvægtige personer pga. risikoen for displacering af kateterspidsen i urethra. Der fyldes sædvanligvis 5 ml i ballonen, hvorefter kateteret retraheres.



ren [5]. Dette kan ikke betragtes som en basisprocedure for frontpersonale og bør ikke foretages af den uerfarne. I nødstilfælde kan blæren aflastes ved perkutan aspiration af urin med en 21 G-kanyle med indstik ved stikkanalen i lodret eller let kranial retning [2]. Hvis der kun kan indføres engangskateter, men ikke Foleykateter i blæren, kan engangskateteret lades in situ, og patientens tilstand kan konfereres med en urologisk afdeling med henblik genplacering der.

ØVRIGE

Silikonekatetre til suprapubisk brug har *open-end*-spids og integreret ballon, således at kateteromkred-

sen er den samme i hele kateterets længde i modsætning til et almindeligt kateter, hvor kateteromkredsen er større på ballondelen.

Silikonekatetre bør skiftes med højst tre måneders mellemrum, hyppigheden fastlægges på individuel indikation. Til langtidsbrug anbefales kun katetre af 100% silikone og ikke katetre af latex eller med latexkerne.

Diagnosekode

DT830 Mekanisk komplikation til urinvejskaterisering

Procedurekode

BJAZ14 Skiftning af suprapubisk blærekateter

KORRESPONDANCE: Martin Højgaard, Urologisk Afdeling H, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev. E-mail: martin@hojgaard.com

ANTAGET: 31. marts 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 20. januar 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på danmedj.dk

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Urologisk Selskab.

LITTERATUR

1. Norby B. Anlæggelse af suprapubisk blærekateter. Ugeskr Læger 2006;168:2566-7.
2. Harrison SC, Lawrence WT, Morley R et al. British Association of Urological Surgeons' suprapubic catheter practice guidelines. BJU Int 2011;107:77-85.
3. Mahmalji W, Masood S. British association of urological surgeons' suprapubic catheter practice guidelines. BJU Int 2011;107:1510-1.
4. Huang JG, Brough SJ, Jensen RS et al. Suprapubic catheter displacement: a forgotten phenomenon. Emerg Med Australas 2010;22:249-51.
5. Willis S, Montgomery B. Replacing the suprapubic catheter that has "fallen out" Ann R Coll Surg Engl 2011;93:322.

Behandling af patienter med patellofemoralt smertesyndrom

Michael Skovdal Rathleff^{1,2}, Camilla Rams Rathleff² & Ole Simonsen³



KLINISK
PRAKSIS

STATUSARTIKEL

- 1) Health, Aarhus Universitet
- 2) Ortopædkirurgisk Forskningsenhed, Aalborg Universitetshospital
- 3) Ortopædkirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V09120521

Patellofemoral pain (PFP) defineres som retro- og/eller peripatellare smerter, hvor strukturelle forandringer ikke kan påvises klinisk eller billeddiagnostisk, og hvor det ikke er muligt at bestemme den eksakte smertegivende struktur [1]. Diagnosen stilles typisk efter en grundig klinisk undersøgelse, hvor MR-skanning kan anvendes som supplerende paraklinisk undersøgelse ved mistanke om alvorligere patologi. De danske betegnelser er patellofemoralt smertesyndrom eller forreste knæ smerter. PFP kan debutere efter et traume eller uden erkendt årsag og have et snigende forløb med tiltagende symptomer over uger eller måneder [2]. PFP diagnosticeres og behandles i både primær- og sekundærsektoren. Smerterne er relateret til belastning på bøjjet knæ som f.eks. ved trappegang, løb, hop og hugsiddende stilling [1]. I et nyt dansk populationsstudie, der er udført blandt 2.200 gymnasieelever i aldersgruppen 15-19 år, fandt man en prævalens af PFP på 7% [3].

PFP blev tidligere kaldt chondromalacia patellae, da man troede, at smerterne var relateret til bruskforandringer. Man har dog i flere studier påvist, at smerterne ikke er korreleret til graden af bruskforandringer [4, 5], og at brusken kan være makroskopisk normal

[6]. Ætiologien er ukendt, men i tidligere studier har man afdækket en række risikofaktorer, især nedsat styrke af m. quadriceps, forsinket aktivering af m. vastus medialis (VM) i forhold til m. vastus lateralis (VL) og en ændret trykprofil for foden under løb [7].

På nuværende tidspunkt giver litteraturen ikke et entydigt svar på, fra hvilke af knæets strukturer smerterne stammer [8]. De foreslåede strukturer har været subkondralknoglen, det laterale retinaculum og synovialismembranen, der kan være inflammatorisk pga. abnorm sporing af patella i trochlea femoris. I nye MR-studier har man påvist abnorm sporing med lateral translation og rotation af patella hos personer med PFP samt formindsket kontaktareal mellem patella og femur med forhøjet kontaktryk under almindelig gang og knæbøjning ved PFP [8].

Det diskuteres stadig, om disse ændringer i det patellofemorale led er en reaktion på de smerter, der er forbundet med PFP, eller om de er en del af årsagsmekanismen bag PFP [8]. Der findes dog også andre hypoteser om årsagen til PFP, hvor man bl.a. foreslår, at ændret *alignment* i det patellofemorale led fører til et forkortet lateralt retinaculum og iskæmi med smerter til følge [9]. Desuden er der *Scott Dyes* hypotese