

Anlæggelse af suprapubisk kateter

Læge Bettina Nørby

Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus, Urinvejskirurgisk Afdeling

Indikation

Anlæggelse af suprapubisk blærekateter kan være indiceret i en række situationer. Blandt de vigtigste er akut og kronisk urinretention. Herudover anlægges et blærekateter hyppigt mhp. diuresemåling, f.eks. postoperativt eller ved intensiv monitorering, og kan anvendes ved svær, invaliderende urininkontinens som et ultimum refugium.

I de fleste tilfælde kan der vælges mellem et suprapubisk og et transuretralt kateter à demeure. Hos visse patienter kan en infravesikal obstruktion dog være så udtalt, at et transuretralt kateter kan være umuligt at anlægge, f.eks. ved en svær urethrastraktur eller en lokalt avanceret prostatacancer. Et suprapubisk kateter bør desuden foretrækkes ved mistanke om urethra-traumer, hvor anlæggelse af et transuretralt kateter generelt er kontraindiceret.

Kontraindikation

Øget blødningsrisiko. Antikoagulansbehandling bør pauseres. Suprapubisk kateter er kontraindiceret hos patienter med blæretumorer pga. risiko for implantation af tumorceller i punkturkanalen.

Relative kontraindikationer for »blind« anlæggelse er tidligere nedre laparotomi pga. risikoen for læsion af foranliggende adhærent tarm og blærekapacitet på mindre end 100-150 ml, da det kan være vanskeligt at ramme en lille blære. Ultralydvejledt og/eller (i sidstnævnte situation) cystoskopisk vejledt anlæggelse er ofte mulig i disse tilfælde.

Forberedelse af patienten

Ingen særlige forholdsregler. Dog bør international normaliseret ratio (INR) måles hos patienter, der er i behandling med vitamin K-antagonister, og et niveau under 1,5 bør tilstræbes.

Instruktion af patienten

Patienten orienteres om baggrunden for kateteranlæggelsen, om selve proceduren og om forholdsregler i forbindelse med pleje og komplikationer (se senere).

Redskaber og utensilier

1. Sterilt suprapubisk katetersæt. Hyppigst anvendt i dag er en såkaldt *peel-off*-engangstrokar der kan »skrælles« af katetret efter punktur. Alternativt anvendes en flergangstrokar, som føres ind i katetrets lumen.

Standardkateterstørrelse til en voksen person er Ch 12. Der findes forskellige katetre; enten *pigtail*-katetre med eller uden ballon og lige ballon-katetre. Da katetrene som regel skal ligge nogen tid, bør silikonekatetre anvendes.

2. Spidst knivsblad.
3. 10 ml-sprøjte med infiltrationsanalgetika og intramuskulær kanyle.
4. Desinficeringsmiddel, steril gaze, evt. et lille hulstykke.
5. Kateterpose.
6. Forbinding.

Procedure

1. Blæren, der bør indeholde mindst 150 ml, udperkuteret og/eller gøres visuelt erkendelig ved hjælp af ultralyd. Punktursted udvælges. Standard er to fingerbredder over symfyisen i midtlinjen (**Figur 1**).
2. Huden desinficeres.
3. Infiltrationsanæstesi lægges fra hud til blærevæg på stedet for den forventede punkturkanal. Blæren punkteres og urin aspireres for at sikre korrekt lokalisation. Punkturretningen i forhold til huden er lodret ned eller en smule proksimalt (**Figur 1**).
4. Der laves lille hudincision med et knivsblad.
5. Med en trokar monteret med kateter tubuleres bug- og blærevæg. Der mødes en vis modstand i fascien og blære-

Figur 1. Punkturretning er lodret ned eller let proksimal retning. Der bør aspireres urin i forbindelse med anlæggelse af lokal-anæstesi for at sikre korrekt punkturretning.



VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

- væggen. Når trokaren er ført gennem blærevæggen (urinudløb), skubbes katetret ind i blæren, en evt. ballon påfyldes 5 ml vand eller glycin, og trokaren fjernes.
6. Såfremt der er anlagt ballonkateter, trækkes det mod bugvæggen. Det er normalt ikke nødvendigt at fiksere et kateter med sutur, såfremt ballonkateter anvendes.
 7. Kateterpose eller ventil tilsluttes.
 8. Forbinding påsættes.

Efterfølgende kontrol af patienten

Umiddelbart efter kateteranlæggelsen sikres det inden hjemsendelse, at katetret fungerer, og at patienten har forstået forholdsreglerne omkring det anlagte kateter, f.eks. brug af skydeventil. Ved rigelig blødning fra en stikk kanal eller kraftig hæmaturi forbliver patienten til observation.

Som udgangspunkt bør en hjemmesygeplejerske tilkobles mhp. kateterpleje (kontrol af ballon, forbindskift).

Katetret skiftes mindst hver 12. uge. Intervallet planlægges ud fra graden af inkrustationer og evt. kateterproblemer. Ved skiftning anvendes som standard et almindeligt silikoneballonkateter. Efter 1-2 uger er der dannet en kanal, der efterhånden fibrotiserer, og skift foretages blot ved, at det gamle kateter fjernes, og et nyt indføres efter afvaskning og ilæggelse af gel i kanalen. Det er vigtigt, at patient og plejepersonale er orienteret om, at chancen for at indføre et nyt kateter via den gamle kanal ved accidentiel seponering af katetret øges, jo hurtigere et nyt kateter anlægges.

Risici ved indgrebet

Transfusionskrævende blødning og/eller blæretamponade ses i op til 4% af tilfældene [1]. Læsion af nærliggende organer – primært tarmen – er rapporteret i 0,3% af tilfældene [1]. Forekomsten må forventes nedbragt ved øget brug af ultralydvejledt anlæggelse i de tidligere nævnte situationer. Infektioner i hud og subcutis i form af cellulitis og absces forekommer. Fejlplacering under anlæggelse ses. Muligheden for, at spidsen af katetret ligger i blæren, mens ballonen er beliggende uden for blæren, skal have in mente ved dårlig kateterfunktion. Ved anvendelse af *peel-off*-trokar er der en lille risiko for at skære katetret over i forbindelse med, at trokaren fjernes.

Ved længere tids katerisation er urinvejsinfektioner, inkrustationer og blæresten de største problemer [2]. Blæresten læderer hyppigt kateterballonen, og patienter, hos hvem et anlagt kateter ofte falder ud, bør undersøges herfor. Behandlingskrævende urinvejsinfektioner forekommer sjældnere hos patienter med suprapubisk end med transuretralt kateter. Hos langtidskateriserede patienter gælder det generelt, at man kun bør behandle en urinvejsinfektion, såfremt den er symptomatisk.

Korrespondance: *Bettina Nørby*, Hans Tausensgade 4A, DK-5000 Odense C.
E-mail: B-Noerby@dadlnet.dk

Antaget: 27. februar 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet
Retningslinjer er godkendt af Dansk Urologisk Selskab

Litteratur

1. Ringer RH, Gross AJ. Bladder catheter or suprapubic fistula? Indications and contraindications. *Langenbecks Arch. Chir Suppl Kongressbd* 1996;113: 713-7.
2. Vandoni RE, Lironi A, Tschantz P. Bacteriuria during urinary tract catheterization: suprapubic versus urthral route: a prospective randomized trial. *Acta Chir Belg* 1994;94:12-6.

Sundhedsstyrelsen**Kliniske kvalitetsdatabaser**

Den 15. juni 2006 trådte en ny bekendtgørelse i kraft om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser. Sundhedsstyrelsens godkendelse indebærer, at personhenførbare oplysninger kan registreres uden samtykke fra personen. Læs mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk