

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Bukaortaaneurysm

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	3
Mätmetoder	3
Restriktioner	4
Uppföljning/vårdkedja	4
Referenser	5

Författare

Marianne Berg, Pia Bergendahl
Reviderat av: Gun Ståhlberg

Kontaktinformation

gun.stahlberg@karolinska.se, tel: 517 748 48

Sökvägar

Pubmed
Cochrane
SBU
Predo

Sökord: Chest physiotherapy, Aortic abdominal aneurysm, Respiratory physiotherapy. Preoperative information

Produktionsår

2009

Revideringsår

2013

Introduktion

Bukaortaaneurysm (BAA), eller abdominellt aortaaneurysm (AAA), innebär en patologisk vidgning av aorta, kroppspulsådern, i buken. Den är fyra gånger vanligare hos män än kvinnor, och förekomsten är ca 5% bland män över 65 år. Orsaken är ofullständigt känd, men riskfaktorer för att utveckla aneurysm är rökning, ärftlighet, KOL, hyperlipidemi och hypertoni (1). Även bukomfång har visat sig påverka tillväxten av aortaaneurysm. Vid ett omfång på 100 cm för män ökar risken för att utveckla BAA med 30% (2).

Patienten är oftast symptomfri, men kan ibland ha rygg - eller buksmärta eller känna att det pulserar i magtrakten. Vid ruptur av aneurysmet insjuknar patienten med svåra rygg/buksmärter och chockbild.

Aneurysmet upptäcks ofta i samband med andra buk - eller ryggundersökningar, eller vid screening. I SLL utförs screening av män vid 65 års ålder.

Operationsindikation föreligger när aneurysmets diameter överstiger 5,5 centimeter (män) eller 5,0 (kvinnor), alternativt om det växer med mer än en cm/år.

Operation sker antingen med ett stort buksnitt från processus xiphoideus till symfyosen eller med ett thoracoabdominellt snitt (1).

Man kan också använda en mindre omfattande operationsmetod s.k. endovaskulär aneurysm rekonstruktion (EVAR) med snitt i ljumsken. Patienten måste dock förberedas på att operationstekniska problem kan uppstå och att operationen då måste ske med ett större buksnitt. Fördelningen öppen operation – EVAR var ungefär 50-50 i Sverige år 2012, på Karolinska Universitetssjukhuset ungefär 40-60 (3).

Eftersom flertalet av patienterna med BAA är eller har varit rökare, inte sällan med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, KOL, görs ofta en spirometri innan operation för att bedöma lungfunktion. Man har sett att ett sänkt FEV1 ger en ökad risk för mortalitet post-operativt (4). Vid Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar sjukgymnast för denna undersökning efter remiss från läkare.

Patienter som opereras för BAA med öppen operation faller ofta under kategorin högriskpatient: Ålder över 65 år, rökare eller fd rökare, stort bukomfång. Operationen räknas också som högrisk då den sker under narkos, operationssnittet är långt och diafragmanära och operationstiden kan bli flera timmar lång.

Målsättning

Undvika lungkomplikationer och/eller trombosor i det postoperativa förloppet.

Ökad kunskap och trygghet inför den postoperativa fasen.

Patienten självständig i samtliga förflyttningar.

Uppnå optimal funktionsnivå under vårdtiden.

Intervention

Preoperativ information innefattande andningsteknik med motstånd på utandning, hostteknik, förflyttningsteknik samt den tidiga mobiliseringens betydelse för lungfunktion och blodcirkulation (5).

Postoperativ behandling:

Mobilisering.

Instruktion och träning av skonsam förflyttningsteknik

Kontroll och instruktion av andningsteknik (djupandning, motstånd på utandning med olika hjälpmedel), kontroll av host/huff-teknik.

Vid behov kontroll av inhalationsteknik. (6,7)

Intervention	Syfte	Kroppsfunkt	Aktivitet/delaktighet
Spirometri/ Vitalogram	Bedöma lungkapacitet inför op.	X	
Pre-op info	Informerad pt		X
Andningsvård	Undvika lungkomplikationer	X	
Instruktion av uppstigningsteknik	Undvika sårruptur Självständig pt	X	X
Post-op mobilisering	Undvika inaktivitetskomplikationer	X	X
Råd och regim inför hemgång	Undvika komplikationer Uppnå tidigare funktionsnivå	X	X

Mätmetoder

Mätmetod	Syfte	Kroppsfunkt	Aktivitet/delaktighet
Lungröntgen Auskultation	Bedöma behov av behandling	X	
PEF-mätning	Bedöma obstruktivitet	X	
Pulsoxymeter	Mäta syresättning	X	
Observation	Bedöma förflyttningsförmåga		X
Gångsträcka	Bedöma aktivitetsgrad		X
VAS, NRS	Smärtskattning	X	

Restriktioner

Inga restriktioner vad gäller fysioterapeutisk intervention.

Patienter som genomgått öppen operation bör inte kraftigt anstränga bukmuskulerna eller öka buktrycket, för att minska risken för ärrbråck. De informeras därför om uppstigning via sidliggande, att inte använda sängdäverten samt att undvika tyngre aktiviteter såsom gräsklippning, snöskottning eller att bära tungt, under 6-8 veckor post-op.

Uppföljning / vårdkedja

Patienter som genomgått öppen operation remitteras till inneliggande rehabilitering en eller två veckor. För närvarande är det Stockholms sjukhem, Saltsjöbadens sjukhus och Furuhöjden som tar emot dessa patienter.

Patienter som har opererats med EVAR-teknik skrivs oftast ut till hemmet efter ett par dagar på kärlkirurgisk vårdavdelning. Ingen uppföljning av fysioterapeut.

Rekommendationen till patienter som har opererats för BAA, med öppen operation eller med EVAR, är att vara fysiskt aktiv i vardagen, gärna med dagliga promenader av successivt ökande längd och intensitet.

Referenser

1. Christine Wann-Hansson, Anders Gottsäter, Bengt Lindblad. Vård och behandling vid kärlsjukdomar. Studentlitteratur, 2011 ISBN 978-91-44-05548-0
2. O. Stackelberg, M. Björck, O. Sadr-Azodi, S.C. Larsson, N. Orsini and A. Wolk: Obesity and abdominal aortic aneurysm. British Journal of Surgery 2013; 100: 360–3664.
3. Swedvasc's årsrapport 2013 för 2012 års verksamhet. Redaktion: Joakim Nordanstig. www.ucr.uu.se/swedvasc/
4. AR Brady et al. Risk factors for postoperative death following elective surgical repair of abdominal aortic aneurysm: results from the UK Small Aneurysm Trial, Br J Surg (2000), 87:742–49.
5. Lone Olséni, Per Wollmer. Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion. Studentlitteratur, 2003 ISBN 91-44-02199-2.
6. Susan D Hanekom, Dina Brooks, Lina Deheny, Monika Fagevik Olsén, Timothy C Hardcastle, Shamila Manie, Quinette Louw. Reaching consensus on the physiotherapeutic management of patients following upper abdominal surgery: a pragmatic approach to interpret equivocal evidence
Published online 2012 February 6. doi: [10.1186/1472-6947-12-5](https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-5)
7. Fagevik Olsén M et al. 2010. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Riktlinjer för andningsvårdande behandling inom sjukgymnastik för patienter som genomgår buk-och thoraxkirurgi.
www.sjukgymnastforbundet.se/profession/kvalitetsutv/Sidor/Kliniskariktlinjer.aspx