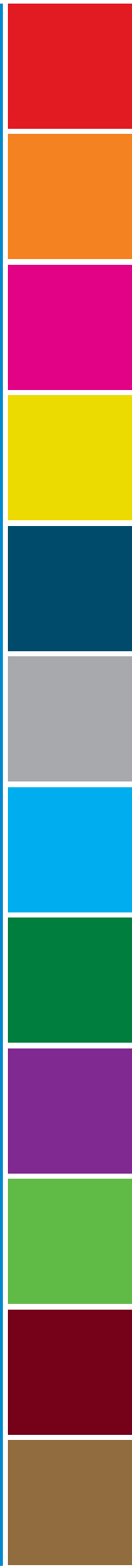


CIRSE Patient Information



TACE (transarterial kemoembolisering)

TACE är en minimalinvasiv behandling av en tumör i levern, där man kan tillföra en hög dos cellgifter (cytostatika) direkt i de blodkärl som försörjer tumören. Cellgifterna kan ges i kombination med ett annat material som blockerar blodtillförseln till tumörerna. Detta tillvägagångssätt innebär att en maximal mängd av läkemedlet når tumören, medan en minimal dos läcker ut i blodet jämfört med att få cellgift via en ven i armen.

Hur kommer behandlingen att gynna mig?

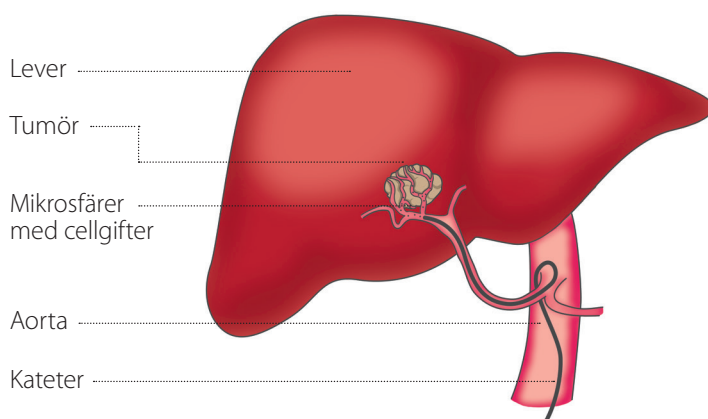
TACE rekommenderas om du har en tumör (eller tumörer) i levern som inte kan behandlas på något annat sätt. Målet med TACE behandlingen är att krympa tumören/ tumörerna och att hindra dem från att tillväxa. TACE kan även i vissa fall minska tumörbördan för patienter inför en levertransplantation. Beroende på typen av tumör, dess storlek och lokalisering kan du behöva ha flera TACE-behandlingar för att begränsa cancer. Omkring 70% av patienterna kommer att se förbättringar efter TACE, som har få biverkningar och som ibland även kan kombineras med andra behandlingar.

Hur ska jag förbereda mig för proceduren?

Före ingreppet kommer din läkare att behöva ta blodprover för bedöma din lever- och njurfunktion och för att kontrollera att ditt blod lever sig på ett normalt sätt. Du behöver en datortomografi eller magnetkameraundersökning med kontrastmedel, som utförs ca 30-60 dagar före proceduren. Du bör informera din läkare om alla läkemedel som du tar och eventuella allergier du har. Din läkare kan råda dig att sluta med några mediciner före ingreppet. Du måste informera din läkare om eventuell graviditet. Du måste sluta äta och dricka 6-8 timmar före behandlingen.

Behandlingen

Ingreppet kommer att utföras av en interventionell radiolog på en radiologisk avdelning. Du kommer att tas in i behandlingsrummet och kopplas upp till en apparat som registrerar din puls och blodtryck under proceduren. Du kommer att få lugnande läkemedel och eventuellt andra läkemedel för att förebygga och behandla illamående och/eller smärta. Efter att ha givit lokalbedövning till huden, kommer den interventionelle radiologen först att punktera en artär (pulsåder) med en nål antingen i lumsken eller i handleden. Därefter läggs en ledare (tunn metalltråd) in genom nålen och en tunn kateter (ihålig plastslang) kommer sedan att föras in över ledaren in i kroppspulsådern och därefter ut i artärerna, som försörjer levertumören med blod.



Röntgenkontrastvätska som sprutas genom katetern, gör artärerna synliga på bildskärmen, så att den interventionelle radiologen kan styra katetern till de artärer som försörjer tumören. Du kommer att bli ombedd att hålla andan i några sekunder flera gånger under behandlingen, för att bilderna skall bli

tydliga. Då katetern har nått artären som förser tumören med blod, sprutas blandningen av cellgift och det tilltappande medlet in.

I slutet av proceduren avlägsnas katetern och ingångshålet i pulsådern kommer att stängas. Du kan bli ombedd att stanna i sängen några timmar efter ingreppet, för att minska risken för blödning från artären som punkterades.

Vilka är riskerna?

Biverkningar är minimala. Du kan få ett blåmärke på punktionsstället. Mycket sällsynta komplikationer inkluderar: blödning eller blockering av artären som kan kräva vidare åtgärd, infektion i levern som kräver antibiotika, akut leversvikt och behandling på fel ställe (insprutning av cellgift i artärer utanför tumören).

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren? Hur följs jag upp?

De flesta patienter upplever efter några dagar det som kallas "post-emboliseringssyndromet": Lätt smärta, illamående och/eller diskret feber, som kan kontrolleras med receptfria läkemedel. Du kan återuppta din vanliga kost dagen efter behandlingen. De flesta kan skrivas ut inom 24-48 timmar. Det är normalt att ha en lätt feber, känna sig trött och förlora aptiten i 1-2 veckor.

Du ska kontakta din läkare om:

- Ditt ben blir blekt och kallt
- Du noterar blödning från lumsken
- Smärta i benet eller buken, som försämras i styrka eller karaktär
- Du har en betydande andfåddhet
- Du har feber på 38°C eller högre
- Du har tecken på infektion
- Du har täta diarréer
- Du får hosta med gula eller gröna upphostningar
- Du får ett rött, varmt eller vätskande sår

Under veckorna närmast efter behandlingen kommer din onkolog eller hepatolog ordinera blodprover, för att se hur din lever och njurar fungerar. Du kommer att undersökas med en datatomografi eller magnetkamera efter 1-3 månader, för att kontrollera behandlingsresultatet. Om det finns tumörer i båda halvorna av levern kan du eventuellt behöva ytterligare en TACE-behandling.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Prostataartärembolisering (PAE)

Godartad prostataförstoring, eller benign prostata hyperplasi (BPH) är en mycket vanlig sjukdom som sänker livskvalitén för många män. Den förstörade prostatan 'klämmer' urinröret och förhindrar fullständig tömning av urinblåsan, vilket ger trängningar och ofta stör nattsömn. Syftet med prostataartärembolisering (PAE) är att begränsa symtomen av BPH genom att minska blodtillförseln till prostatakörteln och få den att krympa.

Hur kommer förfarandet att gynna mig?

PAE syftar till att minska dina symtom till ett minimum. Dina symtom kommer att minska snabbt efter behandling. Prostata bevaras, och mediciner och kirurgi kan undvikas. Erektill och sexuell funktion försämras inte av PAE och själva behandlingen har en mycket låg komplikationsgrad.

Hur ska jag förbereda mig innan proceduren?

Vissa läkemedel bör pausas eller dosjusteras inför ingreppet vilket du bör diskutera med din läkare. Du bör vara fastande i minst 6 timmar före ingreppet, men mediciner som inte ska sättas ut kan tas med små mängder vatten. Innan ingreppet kommer du att få antibiotika för att förhindra infektion.

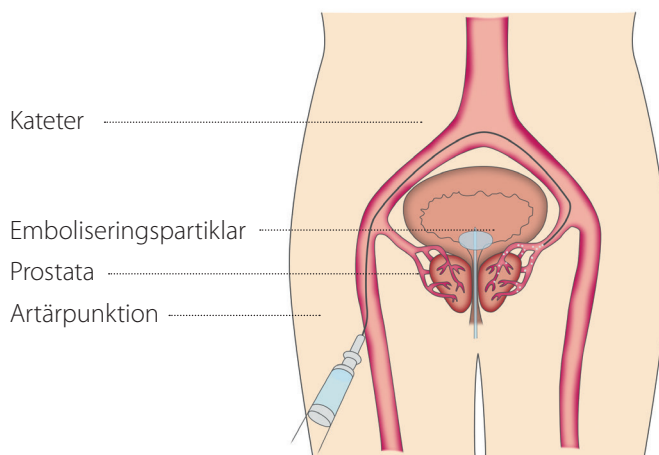
Ingreppet

PAE utförs vanligtvis i lokalbedövning, ibland med lätt sedering. Inför ingreppet kommer du att få en urinkateter placerad genom penis till urinblåsan.

Efter steriltvätt och lokalbedövning i lumske eller handled, kommer röntgenläkaren att göra ett litet snitt i huden och punktera ett pulskärl, en artär, med en tunn nål.

Genom nålen placeras en tunn ledare (gjord av metall) över vilken ett rör, en arbetskanal, placeras. Med hjälp av kontrastmedel och röntgenstrålning navigerar därefter röntgenläkaren med långa ledare och rör (katetrar) i kärlen fram till de kärl som försörjer prostata. Väl på plats emboliseras kärlen genom att mycket små partiklar (mikrosfärer) injiceras genom en kateter tills blodflöde upphör.

Embolisering görs på kärl som kommer från kärl både från höger och vänster sida av kroppen men vanligen genom samma öppning i huden. Hela proceduren tar mellan 1 och 2 timmar. Behandlingen orsakar vanligtvis ingen smärta; Vissa patienter rapporterar emellertid mild smärta i bäckenområdet, vilket kan behandlas med smärtstillande tabletter.



Vilka är riskerna??

Blåmärken eller blödning kan uppstå vid punkteringsstället. Mycket sällan kan ytterligare behandling (kärlintervention eller operation)

behövas för att åtgärda komplikationer på punkteringsstället. Komplikationer relaterade till emboliseringen omfattar blod i urinen och urinvägsinfektion. Infektionsrisken minskas genom att ge antibiotika före ingreppet. Andra, mycket sällsynta komplikationer kan vara blodig utlösning eller avföring. Normalt sett vanligtvis försvinner dessa biverkningar på egen hand.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren? Vad är uppföljningsplanen?

För att minska risken för komplikationer bör du ligga stilla en stund efter ingreppet. Normalt sett kan du lämna sjukhuset samma dag eller dagen efter ingreppet.

Eftersom PAE är en minimalinvasiv behandling som görs genom huden, är ett litet plåster i regel allt som krävs efter ingreppet. Katetern i urinblåsan avlägsnas normalt sett inom dygnet som följer efter ingreppet.

Du kan förvänta dig effektiv, omedelbar lindring från dina symtom.

PAE kräver ingen särskild uppföljning men metoden är ingen behandling för att ta bort eller minska risken för prostatacancer.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Perkutan transhepatisk cholangiografi (ptc) med dränage och stentning:

Levern producerar gallvätska som leds via gångar i levern till tarmen där den bidrar till matsmältningen. Om dessa gallgångar blockeras så kan gallvätskan ansamlas i levern och gå ut i blodet till resten av kroppen. Då kan huden och ögonvitorna bli gula (även kallat gulstot) och huden kan kli. Om den ansamlade vätskan blir infekterad och inte dräneras kan leversvikt uppstå.

Vid perkutan dränering placeras en plastkateter genom huden, in i levern och via en gallgång till tarmen (ptc-kateter). Via denna kateter kan sedan gallan antingen ledas ned i tarmen eller ut i en påse utanpå kroppen. Vid stentning kan man samma väg föra in ett metallnät som hjälper till att hålla gallgången öppen. Efter läggande av metallstent kan man ofta ta bort den yttre dränagekatetern med påse. Om ingen infektion finns kan metallstentet ibland placeras på plats vid första ingreppet.

Varför görs ingreppet?

Genom att dränera gallan in till tarm eller till påse utanpå kroppen så minskar trycket på levern som därmed kan fungera normalt och minskar på så vis även risken för infektion och leversvikt. Ögon och hud kan återfå sin normala hudfärg och klådan kan försvinna. Galldränage kan vara nödvändigt inför en operation eller andra ingrepp på lever och gallvägar. Med stent kan ett långvarigt dränage erhållas som tillåter gallan att dräneras till tarmen utan behov av yttre kateter eller påse.

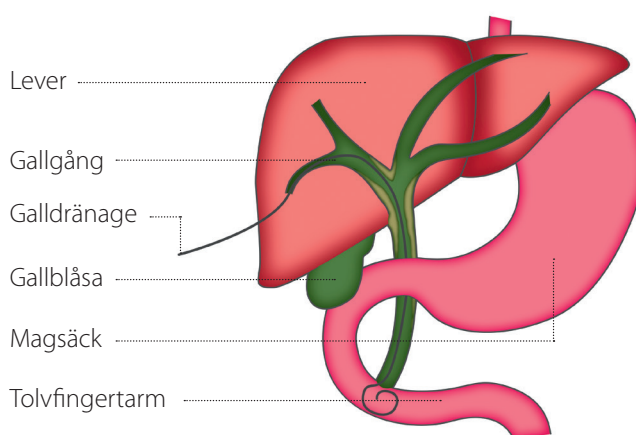
Hur ska man förbereda sig för ingreppet?

Vissa mediciner såsom blodförtunnande kan behöva ändras eller justeras inför ingreppet. Ibland får man äta antibiotika inför eller i samband med ingreppet. Man behöver fasta inför ingreppet och kan behöva få intravenös vätska.

Om ingreppet:

Ingreppet /operationen sker i ett rum med röntgenutrustning och tillgång till ultraljud. Vanligast sker detta på en avdelning för Interventionell Radiologi.

Ofta görs ingreppet i generell anestesi (sövning) eller i lokalbedövning med smärtstillande medicin. Huden desinficeras och kläs i sterila dukar.



Transhepatiskt galldrän

Gallvägsdränage:

Ptc-kateter: Med hjälp av ultraljud eller röntgengennomlysning kan först en nål och därefter en tunn metalledare föras in i gallgången. Detta görs antingen på höger sida mellan de nedre revbenen eller mitt på övre delen av buken. Över ledaren kan sedan kateter föras in till position. Om man då är vaken kan man känna tryck och obehagskänsla, men man ska inte behöva känna smärta utan få tillräckligt med smärtstillande för att dämpa det.

Dränkatetern justeras så att den dränerar gallvätska så bra som möjligt och fixeras till huden med antingen stygn eller med förband.

Gallvägsstent av metall: Om det redan finns en kateter på plats så byts denna över ledare. Ett metallstent kan sedan föras in och läggas på plats.

Om det inte finns en kateter på plats görs punktion av gallgång och ledare föras in till tarmen. Därefter kan stentet föras in och placeras som ovan.

Före eller efter stentet placeras kan gallgång vidgas med speciella ballonger. Ballongvidgningen kan kännas som kort intensiv smärta och behandlas med stark smärtlindrande medicin.

Efter ingreppet sätts förband på platsen för punktionen.

Vilka risker finns med ingreppet?

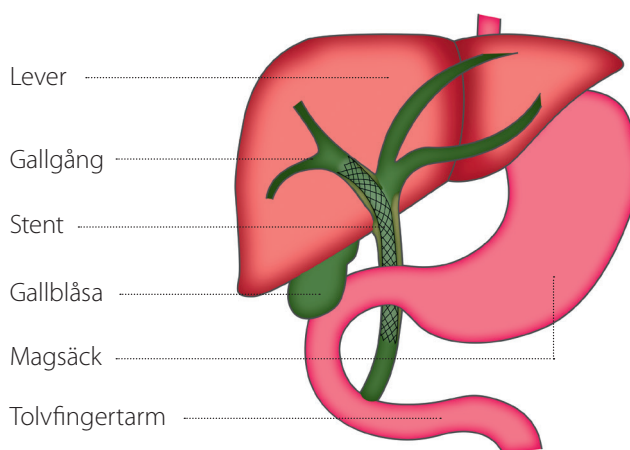
Vid båda ingreppen finns en liten risk för blödning i samband med punktionen. Ibland kan man känna smärta eller obehag från ingångshålet på huden. Dränagekatetern kan dislocera, dvs hamna ur position. Stentet och katetern kan med tiden blockeras. Gallgångarna kan bli infekterade. Gallvätska kan läcka ut bredvid katetern till huden, in i bukhålan eller till lungsäcken.

Vad sker efter ingreppet?

Man får åka tillbaka till vårdavdelningen för övervakning och vila. Viss smärta eller värk kan kännas och för det kan man få smärtlindrande medicin. Även illamående som kan uppstå som kan behöva behandlas. Ibland kan mer antibiotika eller intravenös vätska ges.

Om man har en yttre kateter och påse är det viktigt att vara försiktig så att denna inte åker ut.

Instruktioner för hur katetern ska skötas ges innan hemgång. Katetern ska spolras med regelbundet intervall och förband ska bytas. Återbesök för byte av kateter till ny kateter eller till metallstent planeras in.



Transhepatisk stentning av gallvägar

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Central venös kateterinsättning

Central venös kateterinsättning beskriver inläggningen av ett ihåligt plaströr ('kateter') i en stor ven i bröstet. Centrala venösa katetrar kan användas för flera ändamål, inklusive leverans av näring eller långvariga läkemedelsbehandling genom en ven (intravenös) eller för filtrerande av blod (dialys).

Hur kommer det att gynna mig?

Den största fördelen är att du inte behöver upprepade nålstick för injektioner eller kanyler (små rör som placeras i venerna i händerna eller armarna, som måste bytas varannan dag). Katetern placeras i en ven i halsen eller framsidan av bröstet och passerar från denna punkt till de stora venerna i mitten av bröstet. Katetern kan med säkerhet lämnas på plats så länge det behövs.

Hur ska jag förbereda mig för proceduren?

Du kan bli ombedd att fasta i 6-8 timmar innan proceduren. Om du tar något läkemedel, berätta för din läkare, eftersom vissa mediciner kan behöva avbrytas eller bytas ut i förväg.

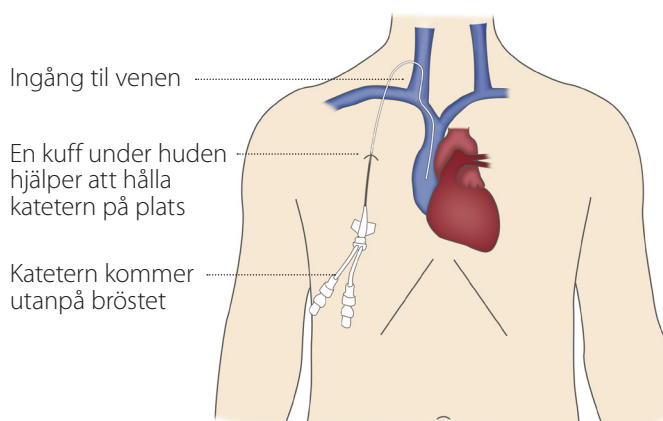
Proceduren

Ofta utförs proceduren vaket med lokalbedövning, men ibland kan du få lugnande medel som gör att du känner dig dåsig. Lokalbedövning används för att tillfälligt bedöva huden. Hos spädbarn och barn utförs proceduren ofta under narkos. I allmänhet tar proceduren 30-45 minuter.

Efter att lokalbedövningen har trätt i kraft görs ett litet snitt i huden och en nål passerar in i venen under, ultraljud används för att titta på nålen när den förflyttas i läge.

En liten metalltråd leds sedan genom venen till de centrala venerna under kontroll av röntgen (genomlysning), följt av den centrala venösa katetern. Den "yttre" delen av katetern fästs sedan på din hud med antingen ett tillfälligt stygn eller en speciell förband (eller båda).

Olika typer av katetrar kan användas; några av de vanligast förekommande har namn som Hickman och Groshong. Dessa katetrar placeras i en stor ven i halsen via ett litet snitt i huden. En liten tråd förs sedan genom venen till en ven i bröstet under kontroll av genomlysning, följt av den centrala venösa katetern. Istället för att katetern kommer ut ur huden vid halsen, "tunneleras" den under huden på det övre delen av bröstet så att den går ut ur huden ett stycke bort från var den kommer in i halsvenen.



En tunnelerad kateter med en kuff

Vilka är riskerna?

Det finns en liten blödningsrisk när snitten görs. Eftersom den centrala venösa anordningen har direkt tillgång till blodomloppet kan infektion vara en risk efter ingreppet.

Det finns också en liten risk att punktera bröstkorgen och få lungan att kollapsa men detta är extremt sällsynt och behandlas enkelt genom att passera ett litet rör för att låta lungan expandera igen.

Katetern kan också blockeras eller lossna, vilket ibland kan korrigeras, och ibland kräver ersättning.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren?

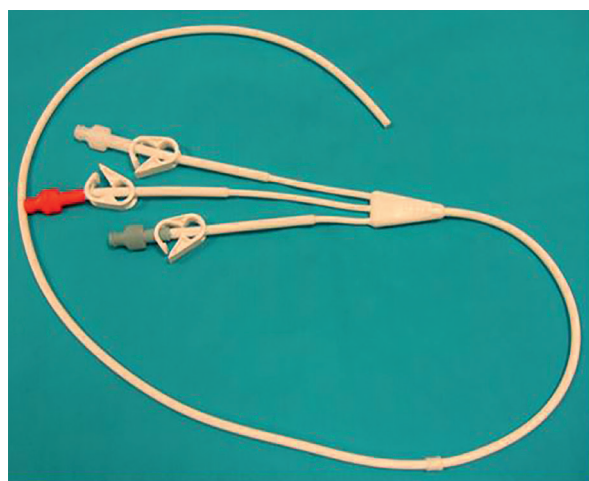
Du återvänder till en avdelning och den centrala venösa katetern kan användas omedelbart.

Om du inte har fått intravenös sedering kan du äta och dricka strax därefter. Efter generell anestesi känner vissa människor illamående, kräks eller har ont i halsen. Området där katetern sattes in kan kännas tillfälligt ömt, men detta kan lätt kontrolleras med värktabletter.

Hur hanterar jag förbandet? Vad är uppföljningsplanen?

Detta beror på vilken typ av förband som används. Steristrips (små klibbiga pappersremсор) används ofta och ska stanna på plats i ungefär fem dagar, vid vilken tidpunkt de förväntas falla av. Icke-absorberbara stygn måste tas bort efter 5-7 dagar. Sjukvårdspersonalen ska ge dig tydliga anvisningar om när eventuella stygn/förband måste tas bort och såret inspekteras. Detta kan också utföras av din husläkare eller distriktsjuksköterska, så att du inte behöver en resa tillbaka till sjukhuset.

Katetern kommer att vara kvar så länge den behövs och du får någon typ av behandling i den. När den inte längre behövs kan katetern avlägsnas under lokalbedövning (hos barn krävs oftast narkos). Det finns en liten blödningsrisk när katetern avlägsnas, men det begränsas genom att man manuellt trycker på området en kort stund efter avlägsnandet.



En så kallad Hickmankateter

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Insättning av central venkateter – portacath

En **central venös port** (även känd som portacath) är en liten rund plast- eller metall kammare som placeras under huden på framsidan av bröstet, och kommer att kännas som en liten bula när den är på plats. Kammaren har ett rör (kateter) fäst till den, som sedan passerar genom en ven i halsen till en av de stora venerna i mitten av bröstet.



Ett exempel på en venös port, även kallad en portacath

Hur kommer den att gynna mig?

Den största fördelen är att du inte behöver upprepade punktioner för injektioner eller kanyler (små rör som placeras i venerna i händerna eller armarna, och måste bytas med några dagars mellanrum).

Portar kan användas för flera ändamål, inklusive tillförsel av mediciner eller näring under längre tid, att ta blodprov och att injicera kontrast för röntgenundersökningar. Porten kan säkert sitta på plats så länge den behövs.

Hur ska jag förbereda mig för proceduren?

Du kan bli ombedd att fasta i 6-8 timmar innan proceduren. Om du tar något läkemedel, berätta för din läkare, eftersom vissa mediciner kan behöva avbrytas eller bytas ut i förväg, särskilt läkemedel som påverkar blodets koagulation.

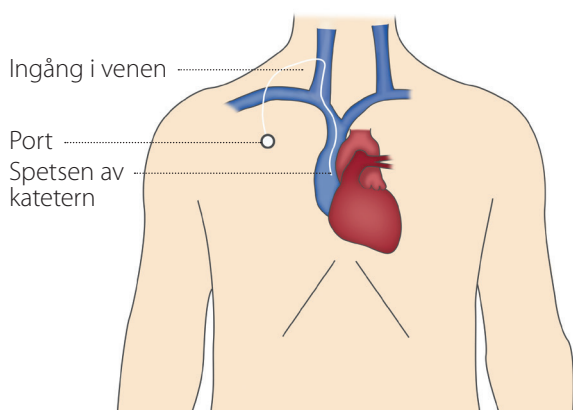
Proceduren

Ofta utförs proceduren i vakettillstånd med lokalbedövning, men ibland kan du få lugnande medel som gör att du känner dig dåsig. Lokalbedövningen används för att tillfälligt bedöva huden. Hos spädbarn och barn utförs proceduren ofta under narkos. I allmänhet tar proceduren 30-45 minuter.

Efter att huden har tvättats sterilt ges lokalbedövning i huden på bröstet och porten placeras på plats. Katetern fäst vid porten förs under huden till halsen. Ett andra litet snitt görs i halsen och en nål passerar in i venen under kontroll av ultraljud. En liten tråd förs sedan till en ven i bröstet med röntgen genomlysning (fluoroskopi) för vägledning. Ett litet ihåligt rör förs fram över tråden, tråden avlägsnas och kateterdelen av portacaten skjuts fram på plats i venen.

Snitten i halsen och bröstet sluts med enstaka stygn eller lim på huden.

Läkare och vårdpersonal kommer då att kunna injicera intravenösa läkemedel genom att känna porten under huden och sedan sticka en nål genom huden in i portens kammare. Läkemedel som ges i kammaren passerar genom katetern in i den centrala venen.



En venös port

Vilka är riskerna?

Det finns en liten blödningsrisk när snitten görs. Eftersom den centrala venösa anordningen har direkt tillgång till blodomloppet kan infektion vara en risk efter ingreppet.

Det finns också en liten risk för att punktera lungan och få den att kollapsa, men detta är extremt sällsynt och behandlas enkelt genom att placera ett annat rör som gör att lungan kan expandera igen. Katetern kan också blockeras eller lossas, vilket ibland kan korrigeras, men ibland kräver ersättning.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren?

Du återvänder till en avdelning och den centrala venösa porten kan användas omedelbart. Om du inte har fått intravenös sedering kan du äta och dricka strax därefter. Efter generell anestesi känner vissa människor illamående, kräks eller har ont i halsen. Området där katetern sattes in kan kännas tillfälligt ömt, men detta kan lätt behandlas med till exempel paracetamol.

Hur hanterar jag förbandet? Vad är uppföljningsplanen?

Detta beror på vilken typ av förband som används. Steristrips (små klibbiga pappersremсор) används ofta och ska förbli på plats i ungefär fem dagar, efter det brukar de falla av. Om stygnen används måste de tas bort efter 5-7 dagar. Vissa operatörer använder absorberbara stygn som inte behöver bli borttagna. Sjukvårdspersonalen ska ge dig tydliga anvisningar om när eventuella stygn/förband måste tas bort och såret inspekteras. Detta kan ofta utföras av din allmänläkare eller distriktssjuksköterska, så att du inte behöver komma för ett separat besök på sjukhuset.

Porten stannar på plats så länge den behövs. När den inte längre behövs avlägsnas porten under lokalbedövning (hos barn avlägsnas den ofta under narkos). Det finns en liten risk för blödning när porten tas bort, men oftast inte allvarlig, och minimeras genom manuell kompression i området.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Nefrostomi och uretärstentning

Huvudsyftet med nefrostomi och / eller uretärstentning är att avlasta njure när urinledare eller njurbäcken av någon anledning är blockerade och inte kan dränera urin från njure till urinblåsan.

En nefrostomi, eller egentligen en nefrostomikateter, är en tunn slang som förbinder njuren genom huden med en påse. I många fall kan man genom kanalen som nefrostomin skapar placera ett rör inuti kroppen som förbinder njure med urinblåsa genom urinledaren. Detta rör kallas för ett ureterstent. Det kan också hända att en nefrostomi placeras i samband med att stenar avlägsnas från njuren, eller för att avlasta urinvägar eller urinblåsa som fått ett hål, till exempel p.g.a. stenar, cancer eller kirurgi.

En nefrostomi eller ett uretärstent kan vara tillfälliga eller permanenta.

Vad är fördelarna?

Ingreppet är minimalinvasivt och har låg komplikationsgrad. Det lindrar omedelbart trycket på njurarna så att de kan återgå till normal funktion.

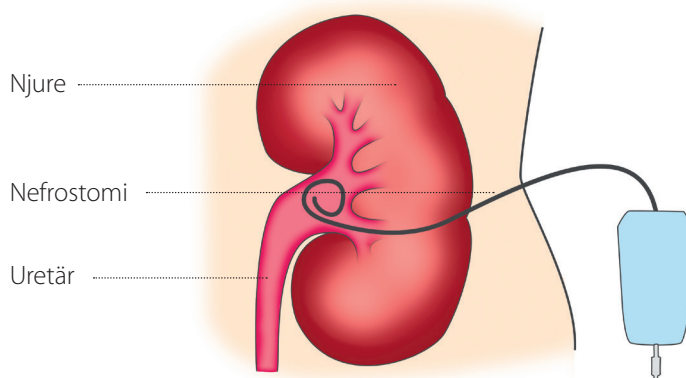
Hur ska jag förbereda mig för proceduren?

Innan du får din nefrostomi eller ditt uretärstent kommer du att få lämna blodprover för att kontrollera att ditt blod koagulerar normalt. Om du använder antikoagulationsmedicin kommer du att instrueras att sluta ta dem under en viss tid. Du bör inte dricka eller äta något efter midnatt natten före ingreppet.

Ingreppen

Urinvägarna kan dräneras antingen med en nefrostomi eller med ett ureterstent (eller en kombination av båda).

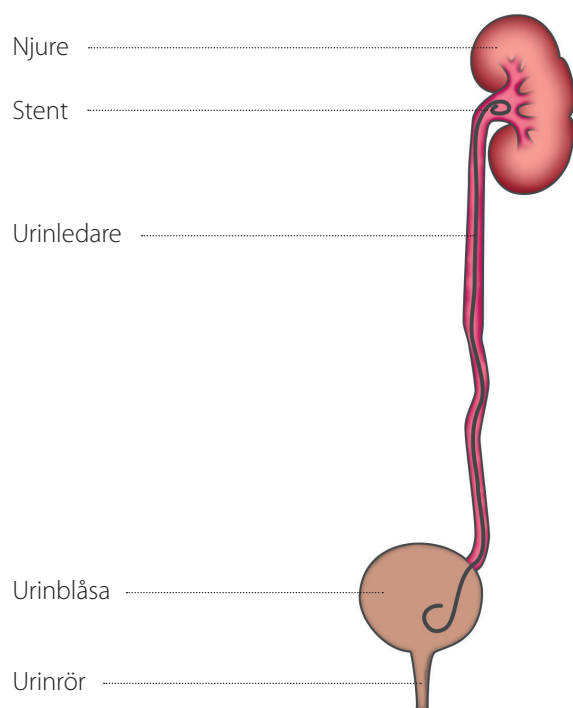
- En **nefrostomi** placeras för att lindra trycket på njuren, för att dränera infekterad urin, eller för att dränera urin från njuren externt, om urinledaren läcker efter trauma. Nefrostomin förs in genom ryggen på huden i njuren. Änden inne i njuren bildar en slynga. Den andra änden fästs vid en dräneringspåse.



Nefrostomikateter

- Ett **uretärstent** kan ibland placeras om det är möjligt att komma förbi hindret i urinledaren. Stenten (vanligtvis ett ihåligt rör) styrs förbi hindret ned till urinblåsan av röntgenläkaren som använder sig av ledare (oftast tunna metalltrådar), katetrar (tunna rör) och röntgenstrålning.

Den ena änden av stentet placeras med sin slynga i njurarna och den andra änden i urinblåsan. Detta gör att urin kan rinna förbi hindret från njure till urinblåsa och du kan fortsätta att kissa som vanligt.



Uretärstent

Väl inne på rummet där ingreppet görs får du lägga dig på ett operationsbord och du placeras på bästa sätt för att komma åt njuren. Vanligtvis ges intravenöst smärtstillande eller lugnande innan ingreppet påbörjas. Efter steriltvätt och efter att du klätts in i sterila dukar ges även lokalbedövning. Röntgenläkaren använder sedan ultraljud och genomlysning för att placera en tunn nål med spetsen in i njuren. Genom nålen förs placeras sedan en tunn ledare (gjord av tunt lindad ståltråd) över vilken en grövre kanal och slutligen själva nefrostomin eller uretärstentet kan placeras.

Om du får en nefrostomi kommer denna sticka ut genom huden. Slingan inne i njuren och ett bandage på huden förhindrar att den åter ut. Om du har erhållit ett stent är det inte säkert att du behöver någon slang utanför kroppen. Ingreppet tar normalt mindre än en timme.

Vilka är riskerna?

Det finns en liten risk för blödning. Det är ovanligt att blödningar kräver blodtransfusioner och operation är ytterst sällsynt. Andra ovanligare komplikationer är läckage av urin runt katetern inuti buken eller blockering av dräneringskatetern. Om njuren är kraftigt infekterad i samband med ingreppet, finns en risk att ingreppet ger en spridning av infektion till blodet. Antibiotika ges vanligtvis inför ingreppet för att förhindra denna komplikation.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren? Vad är uppföljningsplanen?

Efter ingreppet kommer du tillbaka till avdelningen för övervakning. Du kommer i allmänhet att ligga i sängen i några timmar.

Nefrostomin kan sitta länge, flera månader. Hur länge den behövs bestämmer din läkare. Du bör få instruktioner om hur man tar hand om slangen innan när du går hem från sjukhuset. Om ett stent har placerats bör en plan göras för att det ska tas bort eller bytas ut efter en period, vanligtvis sex månader.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Ballongvidgning och stentning

Förträngningar i ett blodkärl kan, med en liten ballong, vidgas med syfte att förbättra blodflödet, kallat **ballongvidgning**. För att hålla blodkärlet öppet kan ibland ett metallnät, kallat **stent**, införas.

Vad är fördelarna?

Ballongvidgning och stentning är framgångsrika i 90-95% av fallen, vilket förbättrar blodflödet och lindrar smärta. Hos vissa patienter, särskilt diabetiker, kan dessa procedurer hjälpa till att läka bensår.

Ballongvidgning eller stentning kan vara lämpligt i olika fall, beroende på sjukdomens läge och svårighetsgrad. Vad som är bäst i din specifika situation diskuterar du i förväg med din läkare.

Hur förbereder jag mig för proceduren?

Du kan behöva göra förändringar i din ordinarie medicinerings inför ingreppet. Diskutera detta med din läkare. Du kan bli ombedd att fasta natten innan ingreppet.

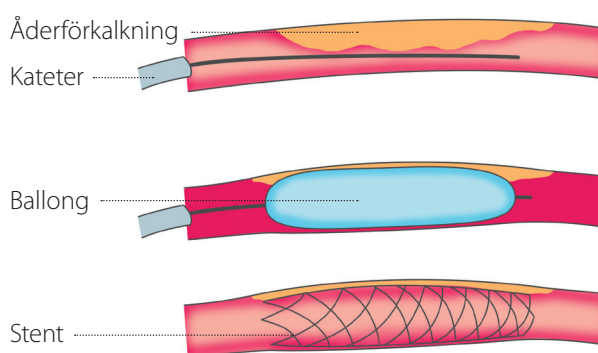
Inför ingreppet får du lämna ett blodprov, där bland annat blodvärde och njurfunktion kontrolleras.

Proceduren

Ingreppet utförs i lokalbedövning, ibland med lugnande medicinerings. Under hela proceduren kommer ditt blodtryck, puls och syremättnad att övervakas. Om du är diabetiker kommer även ditt blodsocker att övervakas.

Efter steriltvättning och lokalbedövning av huden vid stickstället, förs ett litet plaströr (kallat kateter) in i pulsådren i ljumsken eller handleden.

Under ingreppet får du blodförtunnande läkemedel. Med hjälp av röntgenteknik för läkaren en tunn tråd, kallad ledare, förbi förträngningen i pulsådren. Därefter förs en ballong in, monterad på en lång tunn kateter, med vilken förträngningen vidgas. Under ballongvidgningen, kan du uppleva lite obehag.



Ibland kompletteras ballongvidgningen med ett metallnät (stent) över förträngningen för att hålla blodkärlet öppet. Stentet förs på plats med samma teknik som ballongen.

Vid vissa tillfällen, särskilt om det är totalt stopp i kärlet, planeras redan från början att placera ett stent. De allra flesta stentar ligger kvar permanent. I slutet av proceduren kommer tryck att appliceras på platsen för sticket i ljumsken eller handleden för att förhindra blödning. Specialanordningar som klämmer, syr eller täpper till hålet kan ibland användas istället för tryck. Ingreppet tar vanligtvis 1-2 timmar.

Vilka är riskerna?

Det kan uppstå blödning eller blåmärken på stickplatsen i lumsken. I undantagsfall kan blödningen tillta och kräva blodtransfusioner eller ytterligare ingrepp. Undantagsvis kan blodkärlet brista vid platsen för angioplastik eller stentning, och kan då behöva förseglas med en speciell tygbeklädd stent för att stoppa blödningen.

Små rester av förträngningen kan ibland lossna och orsaka stopp längre ned i benet, vilket i så fall kräver ytterligare ett ingrepp för att korrigera. Med tiden kan blodproppar eller förträngningar återkomma på platsen för angioplastik eller bildas i stentar. Även om det är sällsynt kan stent spricka.

Vad kan jag förvänta mig efter ingreppet?

Hur ser uppföljningen ut?

Efter proceduren kommer din puls och blodtryck att övervakas noggrant och du kan bli ombedd att ligga platt i sängen i 3-6 timmar. Om det inte tillstöter några komplikationer kan du vanligtvis åka hem samma dag eller nästa morgon.

Om du fått ett stent kommer din läkare att ordinera tabletter som förhindrar att blodproppar bildas i stenten. Behandlingen pågår vanligtvis i 3-6 månader. Uppföljning sker via mottagningen. Vissa läkare utför årliga ultraljudsundersökningar för att säkerställa att platsen för ballongvidgning eller stentning förblir öppen. Om det uppstår förnyade förträngningar, vilket händer i 10-15% av fallen, kan ingreppet behöva upprepas.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Bildstyrd perkutan biopsi

Perkutan (genom huden) biopsi är en procedur där läkaren genom att sticka en nål genom huden med ledning av röntgen eller ultraljudsbild tar ett vävnadsprov från en förändring i kroppen. Metoden är säker, snabb och har hög träffsäkerhet för att påvisa olika sjukdomar och ersätter behovet av öppen kirurgi för att ställa diagnos i de flesta fall.

Perkutan biopsi används ofta för att erhålla ett vävnadsprov för att bestämma om en förändring är elakartad, malign, eller inte. Om förändringen visar sig vara elakartad kan provet användas för att klassificera denna så att optimal behandling kan väljas. Biopsi kan också användas för att:

- identifiera tumörmarkörer och celltyper i tumörer
- analysera tumörens aktuella tillstånd
- utvärdera patienter med känd eller misstänkt infektion
- bestämma arten och omfattningen av diffusa eller systemiska sjukdomar
- matcha organvävnad före en transplantation
- titta efter tecken på organavstötning efter en transplantation

Vilken nytta kommer jag att få proceduren?

Med en perkutan biopsi kan prov erhållas på ett exakt och säkert sätt, även från mycket små förändringar. Detta innebär att du slipper mer omfattande kirurgiska biopsier, som är en mer invasiv procedur och kräver längre sjukhusvistelse och återhämtningstid. Resultatet av biopsin kommer att hjälpa din läkare att identifiera orsaken och omfattningen av din sjukdom och besluta om en behandlingsplan.

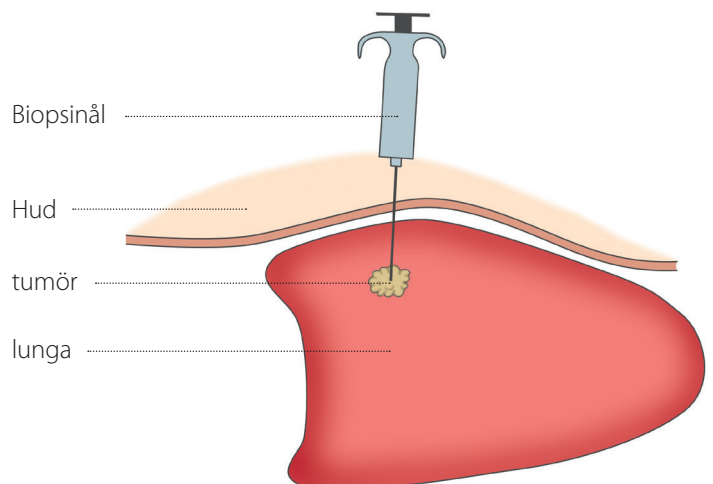
Hur ska jag förbereda mig för proceduren?

De flesta perkutana biopsier utförs med minimala förberedelser och utan att du behöver vistas på sjukhus eller mottagning någon längre tid. Du bör prata med din läkare vilka mediciner du tar, eftersom vissa kan behöva justeras eller pausas inför proceduren.

Det kan hända att du ombeds vara fastande 6-8 timmar innan biopsin. Vid behov, kan blodprov behöva tas inför ingreppet. Det kan också vara bra att prata med en anhörig om denne vill följa med dig och köra dig hem efteråt. Ibland ges lugnande medicin och då är det olämpligt att själv köra efter ingreppet.

Ingreppet

Ingreppet utförs under bildvägledning, oftast med ultraljud, Datortomografi eller röntgengenomlysning eller en kombination av flera metoder. Röntgenläkaren som gör ingreppet kommer inför ingreppet titta på gamla undersökningar för att planera en säker och bra provtagning.



I vissa fall kommer du få en infart/nål i armvecket eller på armen. Denna används för att kunna ge mediciner. Du kan också i vissa fall kopplas upp till övervakningsutrustning. Inför ingreppet kommer du positioneras på ett optimalt sätt för provtagningen och huden där provet skall tas kommer tvättas rent och ofta kläs in med sterila dukar. Därefter ges i regel lokalbedövning. Ibland ges även intravenösa läkemedel i form av smärtstillande eller lugnande medicin.

Efter bedövningen görs ofta ett mycket kort snitt i huden och genom detta förs biopsinålen in och vävnadsprovet tas.

Under provtagningen kan du behöva följa instruktioner från utförande läkare. Det vanligaste är att man behöver hålla andan kortvarigt. I många fall tas mer än ett prov. Ibland injiceras ämnen vid slutet av provtagningen för att minska risken för blödning. Om det skulle bli en blödning efteråt är denna oftast mycket kortvarig och hanteras enklast genom kompression med händer eller fingertoppar. Ett litet bandage/plåster placeras över insticksstället. I vissa fall kan nya bilder behöva tas efter ingreppet. Vävnadsprover skickas i regel till andra enheter, vanligen en patologisk klinik, som analyserar dessa och skickar ett svar till läkaren som beställde provtagningen.

Vilka är riskerna?

Perkutan biopsi är ett säkert förfarande med få komplikationer. Möjliga komplikationer (vanligt för alla biopsier) inkluderar lokala blåmärken, blödning (vanligtvis mindre), infektion, perforering, oavsiktlig organskada på intilliggande organ, lokaltumörspridning, eller ej adekvat material. Din läkare kan ge dig mer information och svara på frågor om din specifika biopsi.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren? Vad är uppföljningsplanen?

Om du fått lugnande medel kommer denna tämligen snabbt klinga av. Du kan bli ombedd att förbli sängliggande under viss övervakning 1-6 timmar. Du kan bli ombedd att ligga i en viss position under ett par timmar för att undvika komplikationer. Detta gäller speciellt vid ingrepp som bedöms ha högre blödningsrisk som t.ex. njurbiopsier och då kan även blodprover efter ingreppet behövas. Om det finns tveksamheter kring ditt tillstånd efter ingreppet kan du behöva stanna på sjukhuset över natten.

Efter ingreppet får du svar av läkaren som skrev remissen för biopsin och hur man eventuellt skall gå vidare med ytterligare åtgärder och / eller behandling.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Dränage av vätskeansamlingar

En vätskeansamling är en onormal ansamling av vätska någonstans i kroppen, och kan uppstå till följd av en mängd olika orsaker. En sk abscess eller varansamling är vätska som infekterats och där kroppen bildat en omgivande vägg, sk kapsel, kring vätskan för att hindra infektionen från att sprida sig. Olika typer av vätskeansamlingar kan dräneras genom att man för in en slang (också kallad dränagekateter) genom huden (percutant) eller genom en befintlig kroppsöppning (tex ändtarmen eller vagina). Speciella röntgenläkare som kallas interventionella radiologer gör detta med sk mini-invasiv teknik, med hjälp av olika bildgivande tekniker, tex ultraljud eller datortomografi (sk skiktröntgen).

Syftet med dräneringen:

- erhålla diagnos, dvs t reda på exakt viken typ av vätska det rör sig om
- lindra symptom och behandla/bota en infekterad vätskeansamling
- stabilisera patientens tillstånd för att möjliggöra ett säkert genomförande av en annan planerad åtgärd och förbättra förutsättningarna för lyckat resultat

Vad är fördelarna?

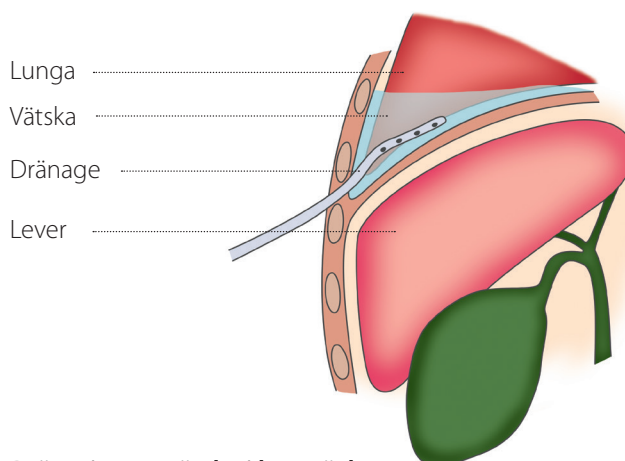
Perkutana dränage är vanligtvis den säkraste, minst invasiva och mest effektiva metoden att dränera onormala vätskeansamlingar i kroppen. Vanligtvis behöver man då inte göra ett längre, mer invasivt öppet kirurgiskt ingrepp med större komplikationsrisk.

Hur skall jag förbereda mig för ingreppet?

Innan ingreppet går man igenom vilka läkemedel du behandlas med, och eventuella allergier. Informera läkaren om dina eventuella övriga sjukdomar och andra tillstånd (av vikt (som tex graviditet). Du kan uppmanas göra

uppehåll med blodförtunnande läkemedel under en kortare tid inför ingreppet och ibland behöver man justera andra läkemedelsdoser, tex insulin. Ibland behöver man fasta 6-8 timmar inför ingreppet. I regel behöver man ta blodprov för att kontrollera blödningsparametrar och njurfunktionen kan behöva kontrolleras om man kommer att behöva ge kontrastmedel i samband med datortomografi.

Om du kommer via en mottagning och skall åka hem samma dag efter ingreppet är det bra att ha en anhörig som kan hjälpa dig att ta dig hem, man bör ej köra bil ensam.



Dränering av vätska i lungsäcken

Ingreppet

Ingreppet görs av en interventionell radiolog, som med hjälp av ultraljud, röntgengenomlysning eller datortomografi (eller ofta en kombination av metoderna) planerar och genomför dräneringen med den kortaste och säkraste möjliga vägen.

Den del av huden som kommer att punkteras markeras, huden steriltvättas och man ger lokalbedövning. Efter att man bedövat görs ett litet hål i huden, i regel 3-4 mm, och därefter förs en tunn nål genom huden till vätskeansamlingen. När nålen är på plats för man in en tunn metalltråd till vätskeansamlingen genom nålen. Nålen avlägsnas och sedan förs dränageslangen över metalltråden till vätskeansamlingen. Därefter avlägsnas metalltråden.

Under proceduren är det viktigt att du kan medverka och följa instruktion från läkaren, tex kan man under en stund behöva hålla andan. Dränageslangen kollas till en dränagepåse, som bärs utanpå kroppen, och vätskan kan rinna ut i påsen. Slangen fästs till huden med antingen ett par stygn eller en fästplatta som tejpas mot huden för att förhindra att den glider ut. Ovanpå fästansordningen läggs ett förband.

Vilka är riskerna?

Vätskedränage med hjälp av röntgenmetoder (ultraljud, genomlysning och datortomografi) är ett säkert ingrepp med få komplikationer. Ovanliga komplikationer kan vara skada på organ som ligger nära vätskeansamlingen. Skada på blodkärl kan orsaka blödning. Om bakterier kommer i kontakt med blodbanan kan det i sällsynta fall orsaka blodförgiftning och chock, vilket då behandlas med vätska, antibiotika och andra läkemedel.

Vad kan jag förvänta mig av ingreppet?

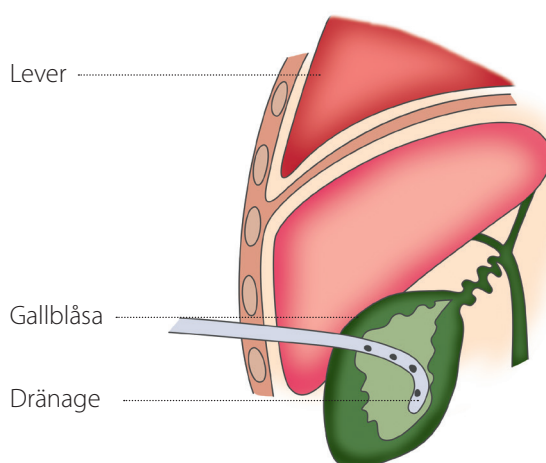
Om vätskeansamlingen orsakat smärta kan man förvänta sig nästan omedelbar smärtlindring och om du haft feber kommer dräneringen av var få dig att snabbt må bättre.

Hur sköter jag dränageslangen och förbandet? Hur skall det följas upp?

Innan du skickas hem får du instruktioner om hur man tömmer och byter påsen, hur man spolar slangen och i vilka situationer du kan

komma att behöva kontakta sjukvården för eventuell hjälp. Ibland blir man insatt på en kur med antibiotika.

Din ansvariga läkare kommer att behöva följa upp dig för att bedöma dina symptom, dränages funktion och hur mycket vätska som finns kvar i kroppen. Man gör ofta en ny underökning med ultraljud eller datortomografi. Ibland kan man behöva ha kvar dränageslangen i flera veckor eller månader. När den största delen av vätskan dränerats kan man avlägsna slangen snabbt, enkelt och i stort sett smärtfritt.



Dränering av gallblåsan

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Perkutan gastrostomi

En patient som varken kan äta eller dricka på ett normalt sätt, kan försörjas via ett rör placerat direkt in i magsäcken genom bukväggen, en så kallad "perkutan gastrostomi". Perkutan (genom huden) gastrostomi kan också placeras för att dränera magsäcken, när magsäcksinnehållet inte kan tömmas ut i tunntarmen på grund av ett hinder som t.ex. bristfällig öppning av nedre magmunnen.

Hur kommer ingreppet att gynna mig?

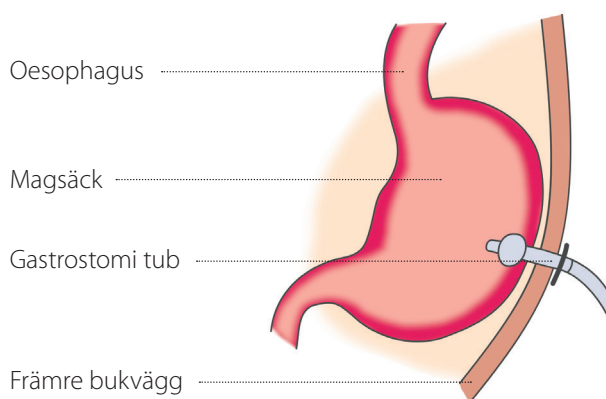
Efter ingreppet kan du matas genom gastrostomin och på så sätt erhålla vätska kalorier och näringsämnen som din kropp behöver. Om du kräks på grund av att den normala utgången från magsäcken är blockerad, kommer kräkningarna att upphöra då magsäcken nu kan tömmas via gastrostomin.

Hur ska jag förbereda mig innan proceduren?

Om du tar acetylsalicylsyra eller blodförtunnande läkemedel kan din läkare instruera dig att göra uppehåll med dem under en viss tid före ditt ingreppet. Andra läkemedel kan också behöva justeras (t.ex. insulin om du är diabetiker). Ett blodprov kommer att tas för att säkerställa att ditt blod lever sig på ett normalt sätt. Du kommer att instrueras att inte äta eller dricka 6-8 timmar före ingreppet. Eventuellt kommer du att få dricka bariumvätska för att tjocktarmen skall ses lättare på röntgen i samband med ingreppet. Om du inte kan dricka kan denna vätska levereras via en slang, som placeras via näsborren ner till magsäcken (s.k. nasogastrisk sond).

Ingreppet

En gastrostomi läggs vanligtvis i vaket tillstånd i lokalbedövningsmedel, ofta tillsammans med intravenös smärtlindring och lugnande medel. Vätska och andra läkemedel ges vid behov. Under proceduren kommer du att placeras i ryggläge och kopplas upp till mätinstrument som övervakar din puls och andning. Om den inte redan är på plats kommer du att få en sond via näsborren till magsäcken, genom vilken magsäcken kommer att fyllas med luft för att göra den synlig för den interventionelle radiologen. Efter att platsen för inläggningen har bestämts med hjälp av röntgenstrålar tvättats huden med steril lösning och lokalbedövningsmedel ges. Därefter görs ett litet snitt i bukväggen.



Gastrostomi tub

Gastrostomi

Med vägledning av röntgengenomlysning kommer den interventionelle radiologen att punktera magsäckens främre vägg och placera in ett litet "ankare". Med en

tråd på ankaret fästs magsäckens vägg vid bukväggen. Eventuellt kan flera av ankare placeras. När magsäcken är "förankrad", punkteras magsäcken med en nål och en metalltråd (ledare) förs in genom den. Därefter avlägsnas nålen och en serie allt större dilatatorer (tunna plaströr) förs in och ut över ledaren, för att gradvis vidga hålet till magsäcken så att gastrostomiröret skall kunna läggas in, även det över ledaren. Den korrekta placeringen bekräftas slutligen och gastrostomin fixeras sedan till huden. Sonden genom näsan kan sedan tas bort, antingen direkt efter proceduren eller på vårdavdelningen.

Vilka är riskerna?

En gastrostomiinläggning är i allmänhet ett säkert ingrepp med en låg komplikationsfrekvens. De vanligaste komplikationerna inkluderar hudinfektion runt gastrostomiöppningen och mindre blödning. Andra komplikationer kan vara större blödning, förskjutning av röret, uppblåsthet i mag-tarmkanalen, illamående och inandning av saliv i luftvägarna. En ovanlig komplikation är att tjocktarmen skadas vid placeringen av röret, vilket kan leda till bukhinneinflammation. Om gastrostomiröret felplacerats genom levern kan du få skador på levern.

Vad ska jag förvänta mig efter proceduren? Hur följs jag upp?

Du kan uppleva visst obehag runt katetern/röret under de första timmarna efter ingreppet. Om du har blivit sövd, kommer du att återhämta dig snabbt. Man kan koppla en dräneringspåse till röret och du måste vara försiktig så att röret inte dras ut. Din läkare bestämmer när gastrostomin kan börja användas.

Du och din familj kommer att instrueras hur man känner igen och förhindrar infektion runt röret, hur man förbereder och ger mat genom röret, vad man skall göra om röret blockeras eller om det av misstag dras ut. Du kommer att informeras om när stygnen i bukväggen skall tas bort (mellan 48 timmar och 1 vecka). Uppföljningen bör diskuteras med din läkare, eftersom du kommer att behöva gå på regelbundet kontroller av gastrostomin, av ditt nutritionsstillstånd, födointag och vikt.

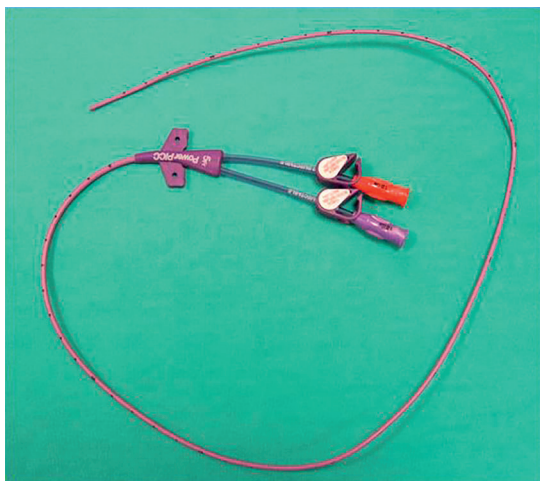
www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Perifert inlagd centralvenkateter – PICC-line

En perifert inlagd central venkateter är en tunn plastslang som förs in i ett blodkärl på överarmen. Genom slangen kan du få behandling och lämna prover ofta, utan att behöva bli stucken i armen eller på händerna. Katetern tas bort när du inte behöver den längre.

En perifert inlagd central venkateter kallas också PICC-line. Den kan användas både för korttidsbruk och långtidsbruk. Det är vanligt att ha den från några veckor upp till ett år.



Ett exempel på en PICC-line

Förberedelser

Du får instruktioner om hur du ska förbereda dig för att få en PICC-line från den mottagning där ingreppet ska göras. Du kan oftast äta som vanligt och ta de läkemedel du behöver.

Duscha och tvätta arm och armhåla noga samma morgon som ingreppet ska göras. Ta sedan på dig rena kläder. Ofta ombeds den som ska få en PICC-line tvätta armar och armhålor med en tvättsvamp med speciellt desinfektionsmedel. Ibland kan du få en

antibiotikatablett före PICC-inläggningen, men inte alltid. Det beror på att infektionsrisken är väldigt låg. Du kan få en avslappnande och lugnande tablett om du känner oro inför inläggningen av PICC-line.

Så går det till när du får en PICC-line

Alla typer av centrala venkatetrar läggs in på sjukhus. Ingreppet brukar ta mindre än en timme.

Huden tvättas med sprit

Området på huden där PICC- katetern ska läggas in tvättas med hudsprit. Det kan kännas kallt. För att skydda det tvättade området täcks du med operationsdukar.

Du får bedövning och andra läkemedel

Du får lokalbedövning i huden. När bedövningen har börjat verka gör det inte ont. Men det är vanligt att du känner när någon rör det bedövade området.

Katetern förs in i blodkärlet

Läkaren eller specialutbildad sjuksköterska gör ett stick i huden in i blodkärlet och för sedan in katetern i kärlet. Katetern är en tunn, mjuk och böjlig slang. En ultraljudsmaskin används för att sjuksköterskan ska kunna se kärlen i överarmen. Kateterns spets läggs in i ett av kroppens större blodkärl via det mindre kärlet på överarmen. Ibland kontrolleras läget med att man utför en lungröntgen efter inläggningen.

PICC-katetern kan sys fast i huden. Men oftast sätts den fast med ett så kallat snäpplås som klistras fast mot huden. Det gör att slangen sitter fast och inte kan dras ut av misstag. Låset används istället för stygn.

Barn sövs oftast

Barn sövs oftast före inläggningen av en PICC-line. En förälder eller annan närstående får alltid följa med in i operationssalen och vara med tills barnet somnar.

Hur mår jag efteråt?

Efteråt kan det ömma lite i det området där PICC-linen har stuckits in i huden. Då kan du få en smärtstillande tablett om du behöver. Du får äta och dricka som vanligt efteråt.

Du får instruktioner från mottagningen om hur du ska sköta PICC-line hemma.

Du kan oftast åka hem samma dag. Det kan vara bra att ta en taxi eller bli hämtad. Om du inte har varit sövd eller fått lugnande kan du ta dig hem själv.

Första dygnet

De första dagarna efter inläggningen kan du känna lite obehag från din PICC-line, men det brukar försvinna.

Du ska inte lyfta tunga saker med armen som du har din PICC-line i under det första dygnet.

Titta på förbandet dagen efter inläggningen av din PICC-line. Det kan behöva bytas om det har kommit mycket blod i kompressen. Kontakta då din vårdcentral eller din behandlande vårdmottagning.

Det ska inte göra ont i huden där du har fått din PICC-line och du ska inte behöva ta smärtstillande läkemedel. Kontakta vården om det blir rött, svullet och ömt.

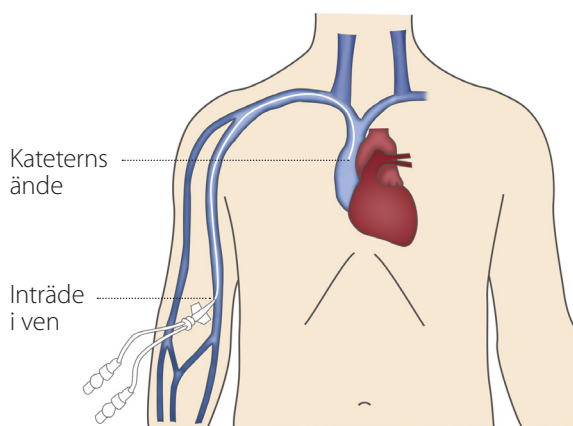
Att ha en PICC-line

Följ de instruktioner som du får från mottagningen om hur du sköter din PICC-line hemma.

Byt förband varje vecka

Förbandet på din PICC-line behöver bytas när det börjar lossna från huden. Det kan till exempel vara på grund av att du svettas eller blöder. Oftast räcker det med att byta förbandet en gång per vecka. Det kan du få hjälp med på vårdcentralen eller på sjukhuset. Då spolas också katetern igenom.

Om din PICC-line är fastsydd med stygn ska de sitta kvar så länge som katetern är kvar.



PICC-line på plats

Kontrollera din PICC-line varje dag

Det är bra om du själv kan titta till din PICC-line och huden runt slangen dagligen.

Skydda din PICC-line mot vatten

Täck din PICC-line med ett extra förband eller plastfolie när du duschar. Det finns speciella skydd att köpa på apoteket. Fråga personalen på apoteket.

Undvik att bada och basta eftersom det kan göra att förbandet lossnar.

Ha inte armarna över huvudet

Du kan använda armen som har PICC-line som vanligt efter det första dygnet. Men du ska inte arbeta med armarna över huvudet. Undvik därför att till exempel putsa fönster och lyfta tyngder.

Kontakta vården om du får komplikationer

Det är ovanligt med komplikationer med en PICC-line. De flesta komplikationer kan oftast behandlas utan att katetern tas bort.

Vissa komplikationer kan vara allvarigare, till exempel att du får en infektion eller en blodpropp. Då behöver du kontakta vården.

När och var ska jag söka vård?

Du ska alltid kontakta vården om du har en PICC-line och något av det här händer:

- Du får feber eller känner dig sjuk.
- Du blir svullen eller röd där din PICC-line sitter.
- Du får svårt att andas eller får ont i bröstet.
- Du får ont när din PICC-line används.
- Du blir svullen på halsen eller i armen, speciellt på den sidan som din PICC-line är inlagd.

Kontakta en vårdcentral om du har några frågor eller problem med din PICC-line.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.

Embolisering av myom i livmodern

Myom (muskelknutor) i livmodern är ett mycket vanligt och helt godartat tillstånd som oftast inte behöver någon behandling. Men om myomen blir stora eller många kan de orsaka mer eller mindre uttalade besvär med onormala blödningar och bäckensmärtor. Uterinartärembolisering (UAE) är en behandlingsmetod av myom, utförd av interventionella radiologer, vilka under röntgenvägledning kan föra in en tunn plastslang (kateter) i blodkärlen som försörjer livmodern (livmoderartärerna). Där injiceras vätska som innehåller mycket små partiklar (emboliskt material) för att blockera blodflödet till och därigenom strypa blodförsörjningen till myomen, vilket leder till att myomen krymper avsevärt i storlek.

Hur kan jag bli hjälpt av UAE?

Cirka 80% av de kvinnor som behandlats med UAE uppger en signifikant förbättring av livskvalitet och symtom ett år efter ingreppet. UAE kan vara ett alternativ för kvinnor med graviditetsönskan, där förekomsten av myom bedöms försvåra graviditet; i det fallet bör man dock rådfråga en fertilitetskonsult, eftersom de kan rekommendera dig att inte bli gravid i sex månader efter ingreppet.

Hur ska jag förbereda mig innan proceduren?

Du bör informera din läkare om vilka mediciner du tar, eftersom vissa kan behöva stoppas eller minskas. Du kan bli ombedd att göra några rutinmässiga blodprov eller genomgå en preoperativ ultraljuds- eller magnetkameraundersökning. Du måste meddela din gynekolog om du har en intrauterin spiral, som kan behöva tas bort före behandlingen. Du kan behöva fasta innan proceduren.

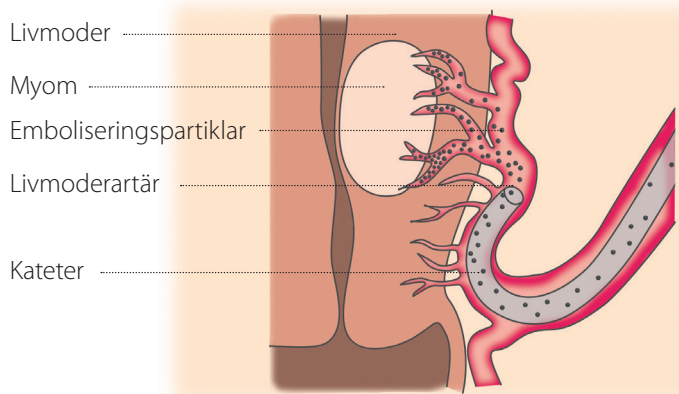
Proceduren

En sjuksköterska kommer att kontrollera dina vitalparametrar (puls och blodtryck etc) och placera en liten nål (kanyl) i armen så att du kan få mediciner intravenöst ven. På vissa sjukhus ges smärtstillande och läkemedel mot illamående intravenöst. Alternativt blir man smärtstillad med så kallad epiduralanestesi (EDA = "ryggbedövning").

En sjuksköterska kommer att tvätta din ena eller båda ljumskarna med antiseptisk lösning och täcka dig med sterila lakan.

Proceduren inleds därefter genom att läkaren för in en nål i artären och matar in en mjuk plastslang eller en kateter till livmoderartären på vardera sidan, under vägledning av en röntgenbild på en bildskärm. Läkaren kanske kan nå varje livmoderartär från ena ljumskan men kan ibland behöva punktera artären i den andra ljumskan också.

När läkaren är säker på att katetern är placerad i rätt position i livmoderartären, injiceras det emboliska materialet. Medan denna embolisering pågår och i flera timmar efteråt finns oftast stort behov av smärtlindring.



Kateter med injection av emboliseringspartiklar

Vilka är riskerna?

Infektion förekommer hos upp till 2% av patienterna.

Tecken på detta är ökande smärta, ömhet i bäckenet och hög feber. De flesta infektioner kan behandlas med antibiotika. I undantagsfall kan en operation för att ta bort livmodern (hysterektomi) krävas.

2–4% av kvinnorna, särskilt de över 45, upplever tidigt klimakterium. De flesta kvinnorna tycker att det tar ungefär sex till nio månader att återfå normal menstruation.

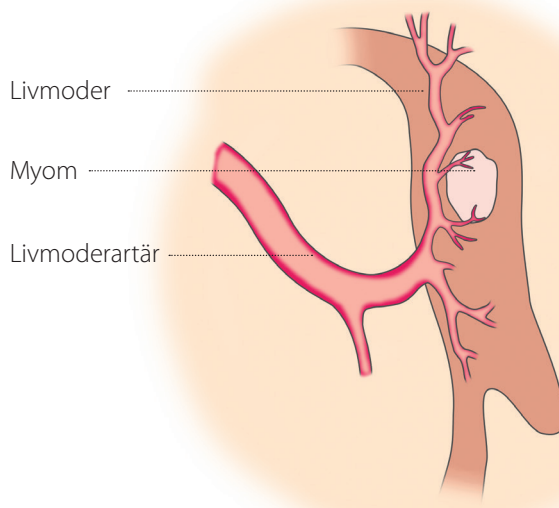
Vad ska jag förvänta mig efter proceduren?

Vad är uppföljningsplanen?

På vårdavdelningen kommer sjuksköterskorna att övervaka och sköta om dig. När du kan äta och dricka, gå runt, gå på toaletten utan hjälp och kontrollera din smärta med smärtstillande tabletter, får du gå hem. Vissa kvinnor behöver stanna på sjukhus längre än 24 timmar. Efter hemgång uppmanas du att vila några dagar. De flesta patienter känner smärta efteråt, som kan variera från mycket lindrig till svår kramp. Du kommer sannolikt också att ha en lätt feber vilket är helt förväntat de första 24-72 timmarna efter proceduren.

Smärta och feber kan behandlas med receptfria smärtstillande medel och läkemedel mot feber. Flytningar kan förekomma på grund av nedbrytning av myomet. Detta kan pågå i upp till två veckor eller förekomma sporadiskt i några månader. Om flytningarna blir illaluktande i kombination med feber, kan det tyda på infektion och man bör då snarast kontakta sin läkare.

Du kommer att kallas till återbesök hos din gynekolog, och eventuellt kallas till en uppföljande ultraljuds- eller magnetkameraundersökning, för att bedöma effekten av emboliseringsbehandlingen.



Efter emboliseringen börjar myomet brytas ned.

www.cirse.org/patients

Detta dokument innehåller allmän medicinsk information. Informationen är inte avsedd att ersätta professionell medicinsk rådgivning, diagnos eller behandling.