

Mjältruptur hos barn och vuxna - Handläggning vid SÄS

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver handläggning av mjältskada hos barn och vuxna.

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande avseende konservativ behandling samt tillägg av information kring endovaskulär mjältartärembolisering.

Förutsättningar

Mjältskador kan uppträda isolerat, som t.ex. vid trauma från ett cykelstyre i magen, eller som en del i mer omfattande skadepanorama hos multitraumapatienter. Handläggningen måste förstås anpassas efter detta.

Mjältskador graderas I – V. Grad I innebär ett begränsat subkapsulärt hematom med endast minimal (<1 cm) skada på mjältparenkymet och/eller en mindre rift i mjältkapseln. Grad V innebär en totalt splittrad mjälte med skada på blodkärlen i mjälthilus och devaskulariserad mjältvävnad. Graderingen baseras på CT-bilden och förutsätter att undersökningen görs med intravenös kontrast. Vid minsta misstanke på mjältskada ska CT buk utföras.

Hemodynamiskt instabila patienter

Patienter där mjältskada misstänks eller konstateras på CT, samt som uppvisar uttalad hemodynamisk påverkan (bl.a. takykardi, hypotoni), handläggs operativt med beredskap för splenektomi. Blödningen måste identifieras och stoppas. Detta innebär i princip laparotomi och splenektomi.

Hemodynamiskt stabila patienter

Om man finner en mjältskada, men patienten är hemodynamiskt stabil, behandlas patienten konservativt (s.k. NOM; non-operative management) med övervakning på IVA. Övervakningsregim ordineras individuellt.

Denna approach förutsätter hög beredskap för att operera om patienten skulle bli instabil. Konservativ handläggning har störst chans för framgång hos patienter med mjältskada grad I – III. Hos stabila patienter med högre grad av mjältskada kan endovaskulär mjältartärembolisering med fördel användas för att förbättra chanserna att lyckas utan splenektomi. Då ett endovaskulärt ingrepp tar tid och kan vara komplicerat krävs att patienten är hemodynamiskt stabil.

På SÄS kan endovaskulär mjältartärembolisering ofta utföras dagtid efter kontakt med kärlkirurg eller interventionell radiolog. Jourtid (kväll, natt eller helg) tas kontakt med interventionsjouren på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU).

Genomförande

Initiala åtgärder vid konservativ handläggning

- Övervakning på IVA.
- Blodtrycks- och pulskontroller två gånger/timma, initialt.
- Hb-kontroller var fjärde timma första 12 timmarna samt vid behov.
- Sängläge första dygnet.
- Fasta i 24 timmar. Vid behov intravenös vätske- och näringstillförsel/glukos.
- Blodgruppera och ha blod i beredskap, se riktlinje [Allvarlig blödning](#).

Initial lindrig cirkulatorisk påverkan

- Blodtransfusion startas; aktiv exspektans med hög beredskap för akut operation.
- Om patienten inte snabbt stabiliseras, och cirkulatorisk påverkan kvarstår trots blodtransfusion ≥ 2 enheter erytrocytkoncentrat, ska operation starkt övervägas.

Ingen cirkulatorisk påverkan

- Om patienten är opåverkad första dygnet, förs han/hon till vanlig avdelning för fortsatt observation.
- Hb-kontroll 1 gång/dygn samt vid smärta eller cirkulatorisk påverkan.
- Individuell övervakningsregim, t.ex. blodtrycks- och pulskontroll tre gånger/dag.

- Får äta och dricka.
- Sängläge men får gå till toaletten första dygnet på avdelningen; successivt ökad mobilisering på avdelningen.
- Inneliggande vård cirka 5-7 dagar.
- Om buksmärta tilltar tas blodtryck, puls, Hb och ny akut CT.
- Överväg ny CT-kontroll före hemgång. Hos barn kan hemgångskontroll utföras med ultraljud.

Uppföljning

- Klinisk kontroll efter en månad och därefter individuellt. I samband med återbesök beslutas om eventuell CT-kontroll, alternativt ultraljudskontroll hos barn, i syfte att hitta eventuella cystor.
- Patienten ska söka akut om smärtor under vänster arcus återkommer.
- Om cysta utvecklas kan man överväga ultraljudsledd punktion eller laparoskopisk punktion/fenestrering.
- Ingen idrott och inga "vilda aktiviteter" på minst en månad.
- Inga kontaktsporter, ridning, kampsporter på 2-3 månader.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Robert Olin, processledare/överläkare, VO kirurgi ortopedi ÖNH/kirurgi, SÄS

Remissinstanser utgåva 1 (sjukhusövergripande 2016)

Verksamhetschefer, SÄS

Utgivningsdatum, utgåva 1

(internt kirurgkliniken), 2005-05-01

Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

Nyckelord

Mjältruftur, barn, vuxna, trauma, mjältbristning, mjältruftur, mjältskada, splen

Länkförteckning

- Allvarlig blödning. Sjukhusövergripande riktlinje, SÄS
<https://hittadokument.vgregion.se/sas>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Robert Olin, (robo12), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-122

Version: 6.0

Giltig från: 2023-09-26

Giltig till: 2025-09-25