

# Gastrostomi ett bra hjälpmedel – men de olika metoderna ger ingen skillnad i vårddtid

Gastrostomi är ett bra hjälpmedel vid malnutrition av olika genes, och behandlingsmetoden har kommit för att stanna. Det framhåller Gertrud Angsten i en kommentar till en tidigare publicerad artikel i Läkartidningen om erfarenheter av videoassisterad anläggning av gastrostomiknapp hos barn.

Ända sedan Stamm [1] för hundra år sedan rapporterade om den första fungerande gastrostomin har den varit ett hjälpmedel, när patienten inte kunnat äta. På 1980-talet började man anlägga gastrostomi med PEG-metoden (perkutan endoskopisk gastrostomi), vilken innebär att fler barn med nutritionssvårigheter kunde få en gastrostomi.

De barn som idag behöver en gastrostomi får det genom laparotomi, PEG-metoden eller den videoassisterade tekniken. 1995 redovisade Stylianos och medarbetare [2] den laparoskopiskt ledade tekniken att anlägga en gastrostomi och sätta in en silikonknapp, som kan användas direkt. Petty och medarbetare [3] publicerade i maj 2005 en jämförelse mellan den videoassisterade tekniken och PEG-metoden och ansåg att båda vara säkra och effektiva metoder.

**Ambjörnsson och medarbetare** visar i sin artikel i Läkartidningen 46/2005 (sidorna 3451-5) en för patienten enkel metod att anlägga en gastrostomi. Patientgruppen utgörs av 300 barn (3 månader–15 år) med neurologiska handikapp,



**GERTRUD ANGSTEN**, med doktor, avdelningsläkare, barnkirurgiska kliniken, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala  
gertrud.angsten@surgsci.uu.se

hjärtsmissbildning, tumörsjukdomar och enstaka andra diagnoser. För alla patienter var indikationen nutritionsproblem. Inga allvarliga komplikationer inträffade, men fyra patienter konverterades till laparotomi, två hade för tjock bukvägg och en hade sammanväxningar. En patient opererades för en sen komplikation. Barn med maligna sjukdomar hade flera komplikationer än barn med neurologiska sjukdomar. Uppföljning gjordes efter 1 respektive 6 månader, och i en undergrupp på 53 barn gjordes regelbundna viktkontroller där den korrigerade viktökningen motsvarade en standarddeviation.

**Författarna anser** att gastrostomi förebygger malnutrition och är kostnadseffektivt. Det reducerar antalet besök vid sjukvårdsinrättningar, när sonden åkt ut, och minskar föräldrarnas stress vid matning. Författarna anser att den videoassisterade metoden är säkrare än PEG-metoden. Operatören har då kontroll över intelligande organ och slipper risken man har med blind punktion vid PEG-metoden, där risk för kolonperforation föreligger [1, 4, 5]. En annan fördel, enligt författarna, är att den videoassisterade metoden är ett enseansförande, då knappen sätts i direkt och tillmatning kan börja när barnet vaknat ur narkosen och fått tillbaka hostreflexen.

**Fördelning av patienter** med avseende på diagnos och ålder stämmer överens med vår erfarenhet i Uppsala. Oberoende av metod anser jag att anläggning av en gastrostomi på ett barn bör ske under narkos. En nackdel med att stoppa i knappen direkt är att skaftlängden på knappen kan bli för lång efter några veckor. Ett sätt att undvika detta är att sätta in en bolusslang först och efter 4 veckor, när kanalen är läkt, byta till en knapp. Det är också mer kostnadseffektivt, då bolusslangens kostnad är en tredjedel av knappens och bytet görs i vaket tillstånd. Bolusslangen har en stopplatta som ligger på utsidan av buk-

väggen, så att det är liten risk att slangen matas ner mot pylorusregionen.

**Bland de barn** som behöver en gastrostomi kräver barn med neurologiska handikapp dessutom ofta en antirefluxoperation. Den kan göras öppet eller laparoskopiskt. Det viktigaste för att und-

vika granulombildning är att minimera risken för läckage samt daglig rengöring av stomat. För att resultatet ska bli optimalt för denna patientgrupp instämmer jag med författarna att en specialutbildad sköterska och en dietist är med i organisationen och ger föräldrar och vårdtagare strukturerad information skriftligt och muntligt.

**Med denna videoassisterade metod undviker man risken för kolonperforation som vid PEG-metoden och ärr efter laparotomi som vid den öppna kirurgiska metoden.**

**Gastrostomi är ett bra hjälpmedel** vid malnutrition av olika genes, och be-

handlingsmetoden har kommit för att stanna. Med denna videoassisterade metod undviker man risken för kolonperforation som vid PEG-metoden och ärr efter laparotomi som vid den öppna kirurgiska metoden. De olika metoderna ger ingen skillnad i vårddagens längd på grund av operationstraumat.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- Goretsky MJ, Ziegler MM. Chapter 51, Gastrostomy. In: Ziegler MM, Azizkhan RG, Weber TR, editors. Operative pediatric surgery. New York, USA: Mc Graw-Hill; 2003. p. 575-81.
- Stylianos S, Flanigan LM. Primary button gastrostomy: a simplified percutaneous, open, laparoscopy-guided technique. J Pediatr Surg 1995;30: 219-20.
- Yu Sc, Petty JK, Bensard DD, Partrick DA, Bruny JL, Hendrickson RJ. Laparoscopic-assisted percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents. JSLS 2005;9:302-4.
- Patwardhan N, McHugh K, Drake D, Spitz L. Gastroenteric fistula complicating percutaneous endoscopic gastrostomy. J Pediatr Surg 2004;39: 561-4.
- Conlon SJ, Janik TA, Janik JS, Hendrickson RJ, Landholm AE. Gastrostomy revision: incidence and indications. J Pediatr Surg 2004;39:1390-5.