

Truende tverrsnittslesjon ved metastatisk kreftsykdom - Kirurgisk akutt forløp

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Pasientforløp
Sist endret: 30.12.2020

FORLØPSEIER: Seksjonsleder Onkologi-Palliasjonsseksjon.

1. Henvisning

Pasient vil innkomme sykehuset via akuttmottak, onkologisk poliklinikk eller fanges opp av radiolog i forbindelse med funn på radiologisk undersøkelse. Enkelte pasienter vil diagnostiseres først etter innleggelse (forskjellige sengeposter).

Truende tverrsnittslesjon er en ryggmargskompresjon forårsaket av en tumor i ryggspylen, oftest en metastase, men også noen primærtumores kan gi denne tilstanden. Den kan forårsake kollaps av en eller flere ryggvirvler og ustabilitet som truer eller forårsaker nevrologisk funksjonshemming. Rammer oftest pasienter med kreft i lunge, prostata og bryst. En tverrsnittslesjon kan, avhengig av hvor kompresjonen sitter og skadeomfanget av ryggmargen, medføre pareser, sensibilitetsforstyrrelser og påvirke blære- og tarmfunksjoner hos pasienten. En rask avklaring med klinisk og radiologisk undersøkelse (**innen få timer**) er viktig i forhold til prognose.

Pasienten kan innkomme sykehuset med forskjellig symptomatologi og tilstanden kan også oppdages tilfeldig. Symptomene kan komme gradvis og ikke alltid akutt. Ikke alle symptomer må være tilstede samtidig. Viktige symptomer og funn er:

Symptomer

- Smerter
 - Vedvarende ryggsmerter, evt. belteformet smerte omkring truncus
 - Endret smertemønster
 - Smerte forverret av anstrengelse, for eksempel ved avføring, hoste eller nysing
 - Nattlige ryggsmerter
- Akutte nevrologiske symptomer
 - Nedsatt kraft i ekstremiteter
 - Vanskeligheter med å gå - ustøhet
 - Nedsatt sensibilitet
 - Blære- og tarmdysfunksjon

Funn

- Metastatiske lesjoner / tumor som forårsaker medullakompresjon funnet på radiologiske undersøkelser (MR)

2. Varslinger

Nevrologisk LiS	Tlf 6550, Call 70-8233
Onkologisk LiS	Tlf 6534, Kveld og natt (kl 1800-0800) /helg: tlf 1101
Kirurgisk LiS	Tlf 1101
Radiologisk LiS	Tlf:1117, call 70-8318
Onkologisk konfereringsvakt	Ring sentralbord, tlf 9 for nærmere opplysning
Vakthavende radiograf	Tlf 8191, call 70-8191
Bildesenter	Tlf 3005, call 70-3005

Hvis pasienten har ankommet akuttmottaket:

- ANS i akuttmottaket varsler fagansvarlig LiS (avhengig av det man antar er grunnsykdom) der ovennevnte symptomatologi foreligger. Helsesekretær registrerer pasientens ankomst.
 - Generelt: Ved nevrologiske utfall uten kjent cancer og ingen radiologi er utført, kontaktes vakthavende nevrologisk LiS lege.
 - Fagansvarlig LiS ved kjent onkologisk tilhørighet.

Hvis pasienten har ankommet onkologisk poliklinikk:

- På onkologisk poliklinikk varsler sykepleier vakthavende onkologisk LiS der ovennevnte symptomatologi foreligger.

Hvis pasienten er innlagt på en sengepost:

- Varsles seksjonens lege.

Hvis tilstanden oppdages tilfeldig ved radiologiske undersøkelser:

Radiolog kontakter straks henvisende lege. Hvis henvisende lege ikke svarer, kontaktes vakthavende onkologisk LiS / Kir LiS. Vakthavende onkologisk LiS / Kir LiS har da ansvar for at pasient som ikke er inneliggende må innkalles for snarlig innleggelse. Onkologisk konfereringsvakt kan kontaktes ved tvilstilfeller.

3. Behandling og utredning

3.1 Tiltak ved innkommst

- [Triage](#); se retningslinje i akuttmottak / NEWS på sengepost/obs.post.
- Bestiller blodprøver – se retningslinje [Blodprøver – rekvirering - Akuttmottaket](#); «Kirurgisk innkommst» eller «Medisinsk innkommst» avhengig av antatt seksjonstilhørighet.
- Adekvat smertebehandling.
- Monitorere pasient og dokumenterer i avdelingens dokumentasjon. Akuttkurve (evt Best-MØT kurve) i akuttmottak. MEWS på sengepost.
- Pasientene må sjekkes for urinretensjon; Blærescan og evt. permanent urinkateter.
- LiS lege tar opp innkommstjournal.
 - Hos disse pasienter er det viktig med rektaleksplorasjon.
 - Pasientene må sjekkes for pareser – nevrologisk status.

3.2 Videre behandling og oppfølging

- Ved kjent cancer tilhører pasienten den seksjonen som har ansvaret for primærtumor. Fagansvarlig lege / LiS har ansvaret som vil vurdere om en ø.hjelp henvisning til radiologisk undersøkelse må gjennomføres. Radiologisk LiS kontaktes. MR columna er første valg og vil kunne utføres innenfor MRs åpningstider. Kan konfereres med vakthavende radiolog utenfor MRs åpningstider. CT columna vil kunne utføres døgnbasis, men er mindre presis metode.
- Det kan konfereres med vakthavende onkologisk LiS (innenfor kl 0800 – 1800) der det oppdages cancerrelatert truende tverrsnittslasjon. Etter kl 1800 kontaktes Onkologisk konfereringsvakt ved behov.
- Videre smertelindring - se under.
- Sengeleie frem til avklart stabilitet av columna. Kriterier for vurdering av sengeleie - se under.
- Full dose steroider:
 - Sett pasienten umiddelbart på dexametason 4 mg x 4 po/iv, evt øke dosen til dette hvis pasienten allerede står på en lavere dexametasondose. Ved bruk av Medrol eller prednisolon, erstattes dette av dexametason 4 mg x 4.
 - For pasienter som står på kortison pga bivirkninger fra immunterapi, videreføres dette regimet i tillegg til dexametason 4 mg x 4. Husk da å ta s-

- kortisol/ACTH før det gis dexametason. Ikke avvent svar - dette er kun viktig for fortløpende oppfølging hos endokrinolog.
- Gi alltid syrenøytraliserende, eks pantoprazol (Somac®) 40 mg x1 po/iv sammen med steroider.
- Mål blodsukker daglig etter at steroider er startet og oftere hos diabetikere.
- [Tromboseprofylakse](#) hvis ingen kontraindikasjoner.
- [Risikovurdering trykksår](#).
- Ansvarlig lege gir informasjon til pasient og pårørende. Involvere pasient i beslutning og informere om behandlingsalternativer.
- Ansvarlig lege journalfører beslutning om videre behandling.
- Henvisning til videre behandling ved OUS (vurdere akutt stråleterapi /nevrokirurgi /ortopedi) utføres av fagansvarlig seksjons lege evt. i samarbeid med konfererende onkolog. Ved tidligere strålebehandling i området for tverrsnittslesjonen, skal pasienten vurderes for nevrokirurgi. Det må avtales om overføring av bilder til OUS med radiologisk avdeling (Bildesenteret (dagtid), vakthavende radiograf for øvrig).
 - Skrive [epikrise](#).
 - Vurdere transport i forhold til tilstand + bestille transport.
- Dokumentasjon av sykepleier – sengepost ved overflytting: [Sykepleiedokumentasjon](#).

3.3 Smertelindring

- Kompresjon av rygsøylen kan medføre sterke smerter.
- Hvis pasienten allerede bruker f.eks. opiater, er det viktig ikke å underdosere. [«Håndbok i lindrende behandling» fra UNN inneholder gode konverteringstabeller, se <https://unn.no/fag-og-forskning/regionalt-kompetansesenter-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord#håndbok-i-lindrende-behandling>.](#)
- Ved behov for bistand, kontakt vakthavende LIS onkologi.

3.4 Stabiliteten i columna

Strengt sengeleie skal vurderes av ansvarlig lege ut i fra risiko for økte nevrologiske utfall og grad av smerte. Dette skal ordineres og dokumenteres i journal og grad av mobilisering skal angis. Sykepleier på sengepost skal dokumentere ordinert regime i sykepleierdokumentasjon.

- Oppgående pasienter uten nevrologiske utfall skal ikke ha strengt sengeleie.
- Strengt sengeleie.
 - Ved strengt sengeleie kan hevet hodeende tillates **inntil 30°**.
 - Dersom flatt sengeleie fremkaller økt smerte, kan hodeende heves inntil smertereduksjon.
 - Pasienter som får ordinert strengt sengeleie skal ha elektrisk styrt seng med trykkavlastende madrass.
 - Pasienter med strengt sengeleie skal ha bekken i seng og innlagt urinkateter.

Se for øvrig [Helsebibliotekets nærmere beskrivelse av restriksjoner/aktivitet/mobilisering](#).

4. ICD-koding

- C79.5 Metastase i knokler og benmarg, som kobles med
 - G99.2 Myelopati ved klassifisert annet sted.
- C50.9 Brystkreft , - angi da også kode for kreftypen metastaser er ifra.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.1.2.2](#)

[Hastegradsvurdering i Akuttsenteret](#)

[1.6.1.1.2.15](#)

[Analysepakker og rekvirering av laboratorieprøver i Akuttsenteret](#)

[1.6.1.1.4.1.2](#)

[Funksjonsbeskrivelse - Triagerende](#)

[1.6.3.1.15.7](#)

[DIPS - Skrive og sende sykepleiesammenfatning](#)

[2.2.5.7.1.2.5](#)

[Profylakse mot dyp vene trombose \(DVT\) hos ikke-kirurgiske hospitaliserte pasienter](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

[Håndbok i lindrende behandling – Lindring i nord UNN](#)

7. VEDLEGG