

Temporalisbiopsi

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Ortopedi- og kirurgiavdeling/Øre-nese-halsseksjon
Dokumenttype: Prosedyre
Sist endret: 25.06.2024

1. HENSIKT

Klarlegge arbeidsflyt ved ønske om temporalisbiopsi for å sikre raskest mulig diagnostikk og behandling.

2. ANSVAR

Ved mistanke om temporalisarteritt kontaktes vakthavende infeksjonsmedisiner. Er det behov for temporalisbiopsi vil infeksjonsmedisiner i sin tur henvise pasienten til dette ved Øre-nese-hals avdelingen. Henvisning sendes til ØNH tilsyn dag og vakthavende ØNH-lege kontaktes samtidig på calling 8105.

3. FREMGANGSMÅTE

- Ved mistanke om temporalisarteritt kontaktes vakthavende infeksjonsmedisiner tlf 1088.
- Infeksjonslege stiller indikasjon for temporalisbiopsi og henviser pasienten til ØNH-avdelingen. Henvisning sendes til ØNH tilsyn dag og vakthavende ØNH-lege kontaktes på calling 8105.
- Vakthavende ØNH-lege planlegger tidspunkt og sted for temporalisbiopsi. Dette noteres i pasientjournalen samt at det gis beskjed per telefon til henvisende lege.

ØNH spl finner frem/ sjekker at følgende utstyr på ØNH rom er tilgjengelig ved temporalisbiopsi:

Skiftesett + Klorhexidinsprit 5mg/ml

- Hullduk.
- Sterile hansker, operasjonshette og munnbind.
- Kompresser 10x10cm.
- Sterile tuffere
- Lampehåndtak.
- Steristrips, smale.
- Tørr bandasje.
- Knivblad nr 15.
- Novosyn 4-0.
- Dafilon 4-0 og 5-0.
- NaCl 0,9%.
- Preparatglass.
- Xylocain(lidocain) adrenalin 10mg/ml + 5microg/ ml.
- Sprøyte 5ml + hvit kanyle 27 gauge
- Kirurgiske småinstrumenter.

- Bipolar diatermi.
- Ultralyd med mulighet for sterilt dekke/ doppler.

Sykepleier:

- I samråd med ØNH-lege avgjøres behovet for barbering/ klipping i tinningregionen.
- Pasienten legges i ryggeie. Begge armer langs siden. Knepøll vurderes.
- Huddesinfeksjon og dekking av operasjonsfelt med hullduk.

ØNH-lege:

Forslag til algoritme. Individuelle vurderinger er nødvendige.

Ved palpasjon og/eller ultralyd doppler avgjøres forløpet til a.temporalis. Det infiltreres så xylocain m/ adrenalin. For å minimere risikoen for karspasme anbefales å legge en ringblokk med 2-3 cm avstand til incisjonsstedet.

Incisjon gjøres direkte over arterien ned til subcutisnivå. Videre stump disseksjon med fripreparering av arterien. Særlig hensyn bør tas til forløpet av de zygomaticotemporale grener av n. fascialis som løper medialt rettet i samme sjikt (fascia temporoparietale). Ligatur i proksimale og distale ende av resektatet er nødvendig for adekvat hemostase. Man bør etterstrebe vevsbit med minimum 15mm lengde.

4. GENERELT

- Temporalisarteritt (synonym; kjempecelle arteritt) er den vanligste systemiske vaskulittsykdommen hos personer over 50 år. De fleste er i 60-70 års alder. Blodåreveggen i tinningarterier og andre pulsårer blir angrepet uten kjent årsak. Ubehandlet kan blindhet oppstå selv i tidlig fase av sykdommen. Tidlig behandling reduserer imidlertid risikoen for dette betraktelig.
- Gullstandard i utredning for arteritis temporalis er biopsi. Histologisk påvises transmural cellinfiltrater, kjempeceller, fibrinoide nekroser og trombosering.
- Førstevalg i behandlingen er Prednisolon i mellom/ høydose. Det er ikke indikasjon for å avvente behandling til biopsi foreligger. De histopatoliske forandringer avtar langsamt ved behandling og positive biopsier kan foreligge flere uke etter oppstartet behandling.
- Temporalisarterien springer ut fra carotis externa i bakkant av ramus mandibulae og løper superiort over det posteriore aspektet av zygoma. 5 cm proksimalt for zygoma deler temporalisarterien seg i en frontal og en parital gren.

5. INTERNE REFERANSER**6. EKSTERNE REFERANSER**

- Uptodate.com – søk 20.12.2017
- Medscape.com – søk 20.12.17
- Palm.Ø The epidemiology of arteritis temporalis. Nor J epidemiol 2008

7. VEDLEGG

