

DUODOPA®

Utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal

(levodopa/karbidopa intestinal gel)

Utbildningsmaterial för riskminimering

abbvie

SE-DUOD-240004 v1 FEB2025

Duodopa®
LEVODOPA/KARBIDOPA INTESTINAL GEL

Om denna guide

Informationen som följer i detta utbildningsmaterial för gastroenterologer, neurologer och annan vårdpersonal är en del i att förebygga komplikationer vid behandling med Duodopa och minska gastrointestinala komplikationer relaterade till PEG/J samt minska risken för pump- eller sondrelaterade problem.

Innehållsförteckning

A.	Om Duodopa	2
B.	Viktig säkerhetsinformation	3
C.	Information till gastroenheten	4
	Viktigt att veta inför operation för att minimera komplikationer	
	Viktigt att veta för att minimera risker vid PEG/J-sättning och placering	
	Eftervård för att minimera komplikationer	
D.	Information till neurologen	8
	Postoperativ skötsel	
	Daglig användning	
E.	Tillsyn och vård av stomat	11
F.	Vanliga frågor	15
G.	Referenser	18

Om Duodopa

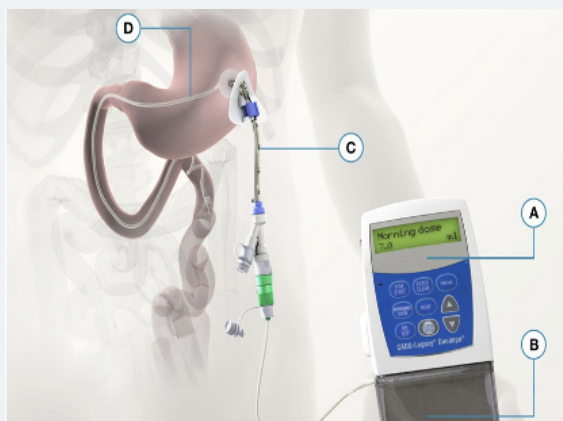
Duodopa är avsett för behandling av Parkinsons sjukdom i komplikationsfas, med svårkontrollerade motoriska fluktuationer och hyperkinesi eller dyskinesi, när tillgängliga kombinationer av Parkinsonmedicinering inte gett tillfredställande resultat.

Duodopa är en intestinal gel som innehåller en kombination av karbidopa och levodopa.

Duodopa administreras i jejunum, via en intestinalsond (AbbVie PEG/J) som går genom en perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG), med hjälp av en pump.

Läs senast godkänd produktresumé för Duodopa för fullständig säkerhetsinformation.

Duodopasystemet



Figur 1.

Duodopasystemet:

A) Pump

B) Duodopa läkemedelskassett

C) PEG (magsond)

D) Intestinalsond (J)

Viktig säkerhetsinformation

De utvalda säkerhetskomplikationerna nedan är associerade med PEG/J-operationen eller PEG/J-sonden:

Mycket vanliga

- postoperativ infektion i såret

Vanliga

- dislokation av sond
- stopp i sond
- peritonit
- pneumoperitoneum
- pneumoni/aspirations-pneumoni

Mindre vanliga

- besoar
- gastrointestinal obstruktion
- invagination
- tjocktarmsperforering
- pankreatit
- postoperativ abscess
- tunntarmsblödning

Ingen känd frekvens

- erosion/sår kring stomat
- sepsis
- tunntarmsperforering

Notera: Vissa händelser kan resultera i allvarliga följder såsom operation eller dödsfall.

Läs senast godkänd produktresumé för Duodopa för fullständig säkerhetsinformation eller användarmanualen för AbbVie PEG och intesintalsond (J). Om du har frågor om pumpen, se pumpmanualen.

Information till gastroenheten

Detta är en vägledning för att minska gastrointestinala komplikationer efter PEG/J-operationen och komplikationer relaterade till pump- och sondersystemet. För fullständig PEG/J-instruktion, se användarmanualen för AbbVie PEG Perkutan endoskopisk gastrostomisats 15 FR/ 20 FR och AbbVie J Intestinalsond 9 FR till PEG 15 FR och 20 FR.

Viktigt att veta inför operation för att minimera komplikationer

Utöver de allmänna förberedelserna inför en PEG/J-operation och lokala anvisningar, notera kontraindikationerna listade i tabell 1 för att säkerställa att selektionen av patient blir korrekt och att riskerna för komplikation minimeras.

Tabell 1. Kontraindikationer*

Konstaterad eller misstänkt tarmobstruktion

Svåra koagulationsstörningar⁺⁺

Sepsis

Peritonit

Brist på transilluminering och positivt nålaspirationstest är en absolut kontraindikation för införande av AbbVie PEG

Relativa kontraindikationer inkluderar ascites och neoplastiska, inflammatoriska och infiltrativa sjukdomar i mag- och bukväggarna

Inför operationen:

Inför operationen ska patienten:

1. Fasta i minst 8 timmar.
2. Borstat tänderna och gärna använda munskölj.
3. Fått antibiotikaproylax enligt sjukhusets rutiner.
4. Placeras i ryggläge.
5. Hanterat sina antikoagulantia enligt sjukhusets rutiner.
6. Vara i ett stabilt medicinskt tillstånd, ingen infektion i närtid och rimligt nutritionsstatus (albumin > 30 g/l).

På dagen inför operationen ska patienten:

1. Fortsätta sin nuvarande Parkinsonbehandling för att förhindra stelhet under operationen.
2. Endast dricka klara vätskor vid behov, upp till 2 timmar före operationen av PEG/J.

* Användarmanual för AbbVie PEG Perkutan endoskopisk gastrostomisats 15 FR/20 FR och AbbVie J Intestinalsond 9 FR till PEG 15 FR och 20 FR.

⁺⁺ Löser C, Aschl G, Hebutérne, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition – Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clinical Nutrition 2005;24:848-861.

Viktigt att veta för att minimera risker vid PEG/J-sättning och placering

A. Identifiering av punktionsställe

1. För att säkerställa att de intra-abdominella organen inte punkteras är det viktigt att man noggrant lokaliserar rätt punktionsställe. Detta kan uppnås genom att använda genomlysning och palpering. Det ska vara ett skarpt intryck från pekfingeret och god genomlysning av den abdominella väggen.
2. Undvik områden med ärr, bräck eller förväntade platser för större bukväggskärl (övre och nedre epigastriska artären).

Figur 2.



Placera försiktigt punkteringsstället genom god genomlysning av bukväggen.

Figur 3.

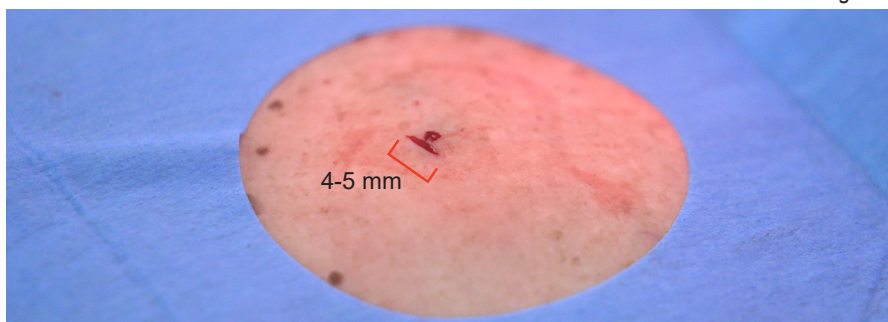


Utför långsam insättning av nålen med aspiration.

B. Punktion av buken och trådplacering

1. Patienter med Parkinsons sjukdom i komplikationsfas tenderar att vara magra. För att undvika eventuella komplikationer, såsom perforation av magsäcken, bör man undvika att göra ett alltför djupt hudsnitt. Att göra ett snitt efter tillräcklig lokalbedövning underlättar detta.
2. Snittet på huden ska vara tillräckligt stort för att rymma PEGen (4-5 mm för AbbVie PEG 15 FR eller 6-7 mm för AbbVie PEG 20 FR).
3. Vinkla punkteringskanylen mot pylorus för att säkerställa att PEGen kommer placeras med en vinkel ner mot pylorus.
4. För att bekräfta en säker passage till magen ska nålen långsamt sättas in med aspiration. Det är viktigt att aspirera långsamt under extraktionen av nålen för att säkerställa att ingen tarm hamnar mellan magen och den abdominella väggen. Det är viktigt att försäkra sig om att varken luft eller avföring påträffas innan nålens spets når magsäcken.
5. Slutför punktion av buken under endoskopisk kontroll, enligt standardrutin.
6. För in tråden genom stomat enligt användarmanualen (IFU) för AbbVie PEG Perkutan endoskopisk gastrostomisats 15FR/ 20FR, dra ut den genom munnen med hjälp av en slynga och fäst den på fixeringsöglan på AbbVie PEG.

Figur 4.



Snittet på huden bör vara cirka 4-5 mm för AbbVie PEG 15 FR.

Figur 5.

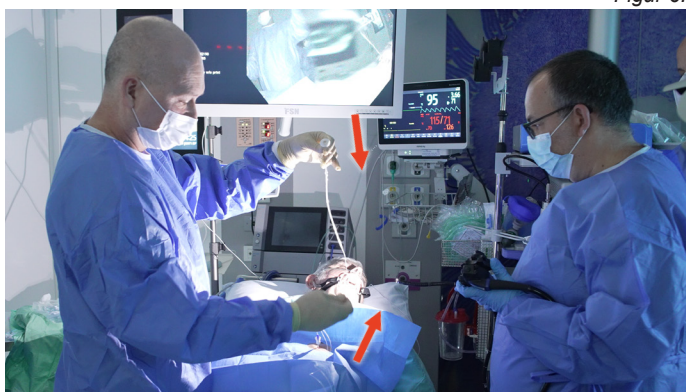


Dra tråden ut genom munnen med hjälp av en slynga.

C. Placera PEG i bukens snitt

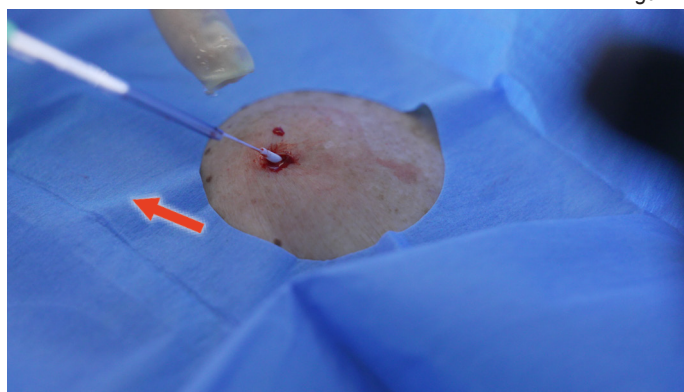
1. Placera PEGen i buken genom att långsamt dra i trådens distala ände tills lätt motstånd känns när spetsen på PEGen förs in i punktionskanylen.
2. Dra ut PEGen och punktionskanylen genom bukväggen tills den inre fixeringsplattan ligger direkt mot den inre magväggen. Notera att PEG med inre fixeringsplatta inte går att dra igenom stomat. Risken att PEGen lossnar och ramlar av oavsiktligt under operationen är därför låg.
3. Klipp av PEGen så att den blir ca 20 cm.

Figur 6.



Dra i den distala änden av tråden samtidigt som du för in tråden och PEGen i munnen.

Figur 7.



Punktionskanylen dras ut samtidigt som PEGen.

D. Införandet av intestinalsonden - Viktiga säkerhetsaspekter

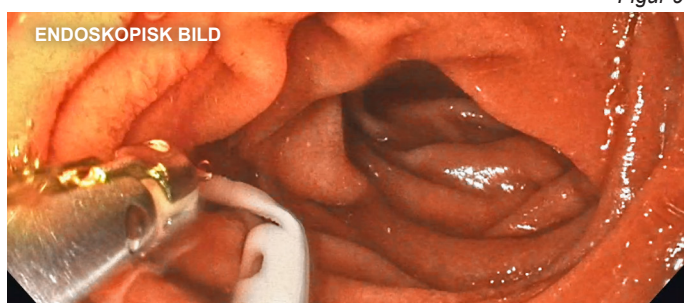
1. Intestinalsonden kan placeras i proximala jejunum genom endoskopisk insättning (i flesta fall med ett standard gastroskop). Sondspetsen ska placeras bortom Treitz ligament. Det är viktigt att intestinalsonden sträcks ut efter att ha passerat pylorus.
2. För att undvika tarmperforering, se till att ledaren är fixerad inne i intestinalsonden innan intestinalsonden förs in.
3. För att undvika intestinalsondsförskjutning, ta tag i sonden med en tång precis efter bollen. För sonden med hjälp av tången ner i jejunum och placera efter Treitz ligament. Flytta tången försiktigt tillbaka medan du backar bort med endoskopet.
4. För endoskopet och den distala änden av intestinalsonden tills det säkert har passerat Treitz ligament. Detta minimerar risken för förskjutning av intestinalsonden tillbaka i maglumen.
5. Med hjälp av röntgen, bekräfta att distala änden av intestinalsonden ligger bortom Treitz ligamentet.

Figur 8.



Intestinalsonden som passerar genom PEGen in i magen.

Figur 9.

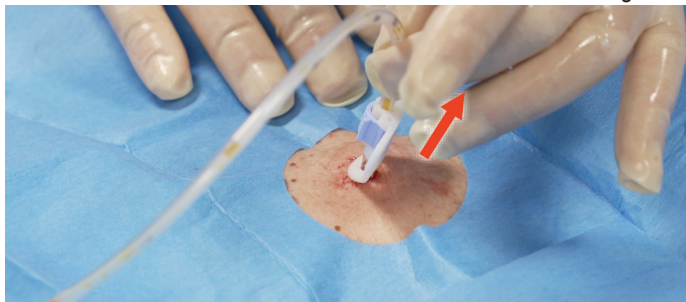


Intestinalsonden förs genom tarmen.

E. Säkra PEGen

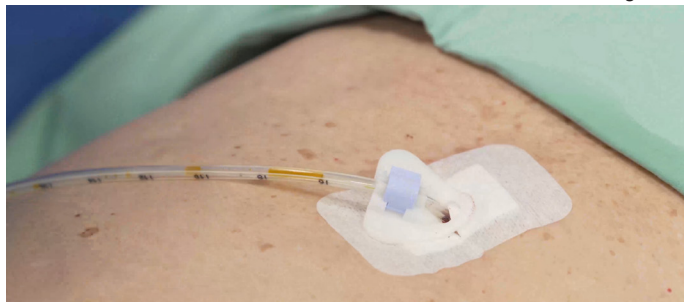
1. **Dragspänning:** Undvik att fixera PEGen för hårt för att förhindra ischemi och nekros.
2. **Dragspänning (de första 3-5 dagarna efter operationen eller innan stomat är läkt):** Dragspänningen bör vara måttlig (2-5 mm). Detta för att hålla ihop magväggen till den inre bukväggen och undvika läckage.
3. **Rengör:** Rengör och torka punktionsstället och runt om för att undvika inflammation och infektion. Rengör och torka även PEGen för att undvika att yttre fixeringsplattan glider.

Figur 10.



Initialt ska dragspänningen vara måttlig med cirka 2-5 mm mellan yttre fixeringsplattan och hud.

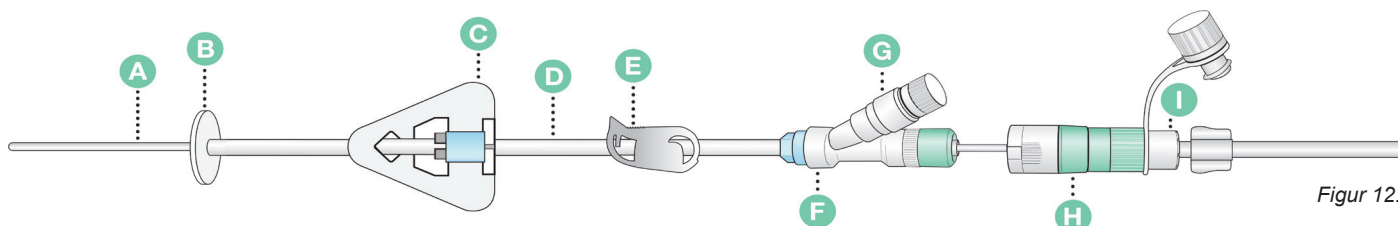
Figur 11.



Extern fixeringsplatta fäst på plats med en eventuell kompress.

F. Montering av PEG/J-satsen

För ytterligare instruktioner om montering av PEG/J-satsen som visas nedan, se AbbVie J användarmanual.



- | | | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| A. Intestinalsond | D. Magsond (PEG) | G. Gastroport |
| B. Inre fixeringsplatta (PEG) | E. Sondklämma | H. Klick-koppling |
| C. Yttre fixeringsplatta (PEG) | F. Fixeringsskruv | I. Intestinalport |

Figur 12.

Eftervård för att minimera komplikationer

1. **Dragspänning (ca 3-5 dagar efter operation):** Säkerställ att fixeringsplattan sitter löst så att det är 5-10 mm mellan huden och fixeringsplattan. Detta för att förhindra inflammation och risk för "buried bumper syndrom" (BBS).
2. **Bedömning av stoma:** Kontrollera stomat för tecken på inflammation, infektion eller läckage och ta nödvändiga åtgärder vid eventuell komplikation.
3. **Stomahygien:** Påminn patienten om att upprätthålla ett friskt stoma och fixeringsplattan ren och torr.

Hänvisa patienten till den "Postoperativa skötselrutinen" och "Kontinuerliga Skötselrutinen" som finns i "Patientguiden".

Information till neurologen

Efter att patienten har genomgått operationen och den initiala sår-läkningen, är det viktigt att observera stomat för tecken på inflammation eller infektion. I detta avsnitt ges information till neurologen för att:

- Identifiera gastrointestinala komplikationer efter PEG-J-operationen men även vara vaksam på komplikationer som kan uppkomma över tid
- Säkerställa lämpliga kliniska åtgärder för att minimera komplikationer

Utbildningsmaterialet består av:

- Postoperativ skötsel: fokuserar på att säkerställa stomaläkning och korrekt skötsel av sondsystemet.
- Daglig användning: fokuserar på att bibehålla ett friskt stoma och korrekt skötsel av sondsystemet.

Postoperativ skötsel

Om patienten befinner sig i den postoperativa fasen (tills stomat är helt läkt - cirka 10 dagar):

- Påminn patienten att inte mobilisera PEGen de första 7-10 dagarna efter ingreppet, eller enligt anvisningar från gastroenterologen
- Påminn patienten att inte röra en eventuell kompress de första 48 timmar efter operationen
- Se till att patienten har tillgång till "Patientguiden"
- Påminn patienten om att följa avsnittet "Postoperativ skötsel" i "Patientguiden"
- Stomainspektion innan hemgång

Stomat

Stomabedömning: Kontrollera stomat för tecken på inflammation, infektion eller läckage och ta nödvändiga åtgärder vid eventuell komplikation. För identifiering och rekommenderade åtgärder av stomakomplikationer, se avsnittet "Tillsyn och vård av stoma".

Medan stomat läker kan din patient uppleva vissa symtom som är normala och bör försvinna spontant:

- magsmärta eller ömhet vid operationsstället
- upp till 5 mm rodnad på huden runt stomat
- en liten mängd slem från stomat

Figur 13.



Exempel på friskt stoma cirka 1 månad efter operationen.

Figur 14.



Friskt stoma cirka 18 månader efter operationen.

PEGen

1. **Dragspänning:** Initialt, tills stomat helt läkt, ska dragspänningen vara 2-5 mm. Efter cirka 3-5 dagar eller när stomat är läkt ska dragspänningen lossas något så att det är 5-10 mm mellan huden och fixeringsplattan. Detta för att förhindra inflammation och risk för "buried bumper syndrom".
2. **PEG-mobilisering:** Börja mobilisera PEGen när stomat har läkt.
3. **PEG-funktion:** Säkerställ att PEGen kan spolas.
4. **PEG-läckage:** Säkerställ att PEGen inte läcker.

Viktigt att tänka på vid uppföljning:

- Kontrollera att stomat läkt och säkerställ att det inte finns något tecken på infektion
- Kontrollera sondernas kopplingar och att de går att spola samt att det går att mobilisera PEGen
- Informera patienten om att undvika smörjmedel baserat på petroleum (t.ex. babyolja, vaselin) på sonderna eller på stomat

Daglig användning

När stomat läkt (cirka 10 dagar efter operation) påbörjas den skötselrutin som patienten ska utföra dagligen):

- Se till att patienten har tillgång till "Patientguiden"
- Påminn patienten att följa stegen i avsnittet "Kontinuerlig skötselrutin" i "Patientguiden"

Stomat

Stomabedömning: Kontrollera stomat för tecken på inflammation, infektion eller läckage och ta nödvändiga åtgärder vid eventuell komplikation. För identifiering och rekommenderade åtgärder av stomakomplikationer, se avsnittet "Tillsyn och vård av stoma".

Kontinuerlig skötselrutin

PEGen

1. **Dragspänning:** För att säkerställa korrekt dragspänning av PEGen, instruera patienten att hålla ett avstånd på 5-10 mm mellan huden och den yttre fixeringsplattan.
2. **PEG-mobilisering:** När stomat läkt, mobilisera PEGen 1 gång dagligen om möjligt, men minst 2-3 gånger i veckan för att förebygga "buried bumper syndrom". Tryck försiktigt in PEGen 3-4 cm i stomat och dra sedan försiktigt i PEGen tills ett motstånd uppkommer när den inre fixeringsplattan dras mot den inre bukväggen. PEGen ska inte vridas eller roteras under några omständigheter.
3. **PEG-funktion:** Säkerställ att sonderna spolas dagligen, på kvällen.
4. **PEG-läckage:** Säkerställ att sonderna inte läcker.

Figur 15.



Tryck försiktigt in PEGen 3-4 cm i stomat.

Figur 16.



Buried Bumper Syndrom (BBS)

En allvarlig komplikation där den inre fixeringsplattan migrerar från magsäcken längs stomakanalen.¹ Fixeringsplattan kan hamna var som helst mellan magslemhinnan och huden.² BBS beror främst på överdriven kompression av vävnad mellan den inre och yttre fixeringsplattan.³ BBS är en ovanlig, allvarlig komplikation efter långvarig felplacering av delar av sondsystemet som kan förebyggas genom att mobilisera PEGen samt att ha korrekt dragspänning. Se avsnittet "Tillsyn och vård av stoma" för mer information.

Tillsyn och vård av stomat

Exempel på friskt stoma

Figur 17.



Cirka 1 månad efter operationen.

Figur 18.



Cirka 18 månader efter operationen.

Stomakomplikationer och åtgärder

Följande är exempel på stomakomplikationer och hur komplikationen kan åtgärdas.
Rådgör med en gastroenterolog eller annan lämplig specialist beroende på komplikation.

Infektion

Figur 19.



Möjlig bakteriell infektion

Lämplig åtgärd: Tvätta med tvål och vatten. Håll stoma rent och torrt. Eventuellt ställningstagande om såroddling och antibiotika.

Figur 20.



Möjlig svampinfektion

Lämplig åtgärd: Håll stoma rent och torrt.
Ställningstagande om svampdödande medel behövs.

Infektion

Figur 21.



Infektion

Lämplig åtgärd: Tvätta med tvål och vatten dagligen med tillägg av oral antibiotikabehandling efter att odling säkrats.

Figur 22.



Cellulit, purulent sekretion

Lämplig åtgärd: Tvätta med tvål och vatten. Håll stoma rent och torrt. Vid behov ta odling och överväg oral antibiotikabehandling

Figur 23.



Cellulit och granulationsvävnad

Lämplig åtgärd: Antibiotika för cellulit. Lokal behandling för granulering med kortisonkräm grupp 3. Om granulationsvävnaden börjar vätska sig och det finns misstanke om infektion, ta odling. Antibiotikabehandling kan eventuellt bli nödvändigt.

Figur 24.



Abscess

Lämplig åtgärd: Snitt, dränering och antibiotikabehandling.

Granulering

Figure 25.



Granuleringsvävnad

Lämplig åtgärd: Behandlas enbart vid besvär med lapis (silverniträt) eller kortisonkräm grupp 3 enligt föreskrift. Vid extrem hypergranulering kan kirurgisk åtgärd behövas.

Figure 26.



Granuleringsvävnad

Lämplig åtgärd: Kortisonkräm grupp 3 och lapis (silverniträt). Vid misstänkt infektion, ta odling. Antibiotikabehandling kan eventuellt behövas. Vid epitelisering kan behandlingen vara verkningslös och kirurgisk åtgärd krävas.

Figur 27.



Granuleringsvävnad

Lämplig åtgärd: Kortisonkräm grupp 3, ta odling och använd eventuellt antibiotika och kemisk kauterisering med lapis (silverniträt).

Figur 28.



Extrem hypergranulering

Lämplig åtgärd: Försök med kortisonkräm grupp 3, ta odling och använd eventuellt antibiotika och lapis (silverniträt). Överväg kirurgisk åtgärd vid uteblivet svar på behandlingen.

Figur 29.



Figur 30.



Kemisk irritation

Lämplig åtgärd: Tvätta rent, håll torrt, byt yttre fixeringsplatta och säkerställ korrekt dragspänning.

Observera därefter och ta eventuellt odling av sårvätskan och använd antibiotika vid behov. Vid möjlig kontaktirritation från PEGen, växla PEGens position och använd barriärkräm.

Figur 31.



Figur 32.



Prolaps av magslemhinnan

Lämplig åtgärd: Vanligtvis icke-brådskande kirurgiskt ingrepp.

Buried bumper syndrom (BBS)

Lämplig åtgärd: Samråd med en specialist.
Spola ej gastroporten.

Vanliga frågor

Intestinalsondens placering

Fråga: Vilka åtgärder kan vitas för att förhindra att slingor, knickar och knutar bildas på intestinalsonden?

Svar:

- Vrid eller rotera inte PEGen under några omständigheter. Detta för att förhindra att slingor bildas och intestinalsonden förskjuts.
- Vrid inte intestinalsonden eller intestinalporten eftersom det kan uppstå knickningar eller knutar.

Se AbbVie PEG och AbbVie J användarmanual (IFU) för ytterligare information.

Fråga: Hur verifierar man att intestinalsonden är korrekt placerad i jejunum under införandeproceduren?

Svar: Visuell kontroll bör ske av intestinalsondens spets när den förs in i jejunum. Att blint föra in intestinalsonden genom att trycka med griptången ska absolut undvikas. Bekräfta med röntgen eller fluoroskop att den distala spetsen ligger förbi Treitz ligament.

Se AbbVie J IFU för ytterligare information.

Fråga: Vilken typ av koppling används för gastrosondsystem och Duodopasystemet?

Svar: Duodopasystemet använder Luer-Lock-kopplingar. Dessa skiljer sig från de som används i intravenösa system.

Se AbbVie J IFU för ytterligare information.

Vård av stoma

Fråga: Läckage av vätska och/eller blod från stomat kan ske efter operationen. Vilka åtgärder bör vidtas för att minimera läckage från stomat?

Svar: Läckage kan orsakas av infektion eller ischemi och är vanligtvis en komplikation av suboptimal läkning av stomat. I fall av infektion ska behandling sättas in omedelbart.

Om läckage sker mellan PEGen och stomat inom de första 3-5 dagarna efter operation, kontrollera att dragspänningen är korrekt.

- Under de första 3-5 dagarna efter operation eller tills stomat är läkt, bör PEGen ha en dragspänning som minskar risken för läckage. Den yttre fixeringsplattan bör fästas 2-5 mm från huden för att säkerställa god vidhäftning av magväggen till den inre bukväggen.
- Mobilisera PEGen först 7-10 dagar efter operation eller när stomat är läkt.

Om läckage sker mellan PEGen och stomat efter de första 3-5 dagarna efter operation:

- Dragspänningen lättas lite och den yttre fixeringsplattan ska fästas 5-10 mm från huden.

Läckage kan också uppstå om kopplingarna är lösa eller skadade. För hjälp att kontrollera kopplingarna kontakta Duodopa Supporten eller gastroenterolog.

Fråga: Vilka åtgärder bör vidtas för att minimera risken för "buried bumper syndrom"?

Svar: Korrekt dragspänning av den yttre fixeringsplattan och regelbunden mobilisering av PEGen är avgörande för att minska risken för "buried bumper syndrom".

- Under de första 3-5 dagarna efter operation eller tills stomat är läkt, erhålls korrekt dragspänning genom att fästa den yttre fixeringsplattan 2-5 mm från huden. Efter 3-5 dagar, eller när stomat är läkt, ska den yttre fixeringsplattan lossas något och fästas 5-10 mm från huden.
- När stomat har läkt, mobilisera PEGen 1 gång dagligen om möjligt, men minst 2-3 gånger i veckan. Tryck försiktigt PEGen 3-4 cm in i magen och dra försiktigt tillbaka den tills du känner motstånd från den inre fixeringsplattan. Vrid inte PEGen.

Se användarmanualen (IFU) för AbbVie PEG och AbbVie J för ytterligare information eller rådfråga gastroenterolog eller Duodopa Supporten gällande stoma, kontroll av sondsystemet eller komplikationer.

Fråga: Vilka rekommendationer finns det för korrekt vård av stomat och för att förebygga komplikationer efter operation?

Svar:

1. Under sårläkningsperioden (7-10 dagar efter operation) ska stomat hållas torrt och luftas. Eventuell omläggning av kompress görs dagligen enligt sjukhusets rutiner och bör ske under goda aseptiska förhållanden.
2. Rengör stomat med tvål och vatten.
3. Håll alltid stomat rent och torrt.
4. Använd aldrig salva på stomat.
5. Cirka 3-5 dagar efter operation eller tills stomat har läkt ska den yttre fixeringsplattan lossas något och fästas så att det är 5-10 mm mellan fixeringsplattan och huden. Detta kan förebygga uppkomsten av inflammation och efterföljande "buried bumper syndrom".

Vård efter operation

Fråga: Hur spolar jag sondsystemet?

Svar:

- Spola PEGen (via den vita, blåa eller violett gastroporten) med minst 20 ml rumstempererat kran- eller dricksvatten dagligen, på kvällen.
- Spola också PEGen (endast 20 FR) efter varje tillfälle den har använts för näringstillförsel. Detta för att minimera risken för stopp i PEGen.
- Spola intestinalsonden varje kväll (via grön "i" -port) med minst 20 ml rumstempererat kran- eller dricksvatten. Detta för att minimera risken för stopp i intestinalsonden.
- Spola inte lumen på intestinalsonden med högt tryck eller försök lösa ett stopp med hjälp av en tråd eller vajer. Det finns risk att intestinalsonden kopplas loss eller att sonden blir perforerad. Kontrollera att intestinalsonden inte är blockerad. Om så är fallet ska intestinalsonden bytas ut.

Fråga: Hur kan risken för att utveckla besoar minimeras?

Svar: Patienter bör få råd att undvika livsmedel med högt fiberinnehåll (som selleri, sparris, solrosfrön).

Fråga: Ibland lossnar Y-kopplingen från PEGen. Hur kopplas den fast igen?

Svar: För att ansluta PEGen korrekt till Y-kopplingen, följ instruktionerna i användarmanualen (IFU). Notera att följande specifika steg är viktiga att följa:

1. Se till att PEGen skärs vinkelrätt (90-graders vinkel) mot röret och inte på en diagonal.
2. Tryck PEGen helt över Y-kopplingen innan fixeringsskruven dras åt. Bekräfta visuellt att intestinalsonden har skjutits hela vägen över stiftet på Y-kopplingen.
3. Dra åt fixeringsskruven på Y-kopplingen så det blir tätt.
Se AbbVie J IFU för ytterligare information.

Referenser

1. Bischoff, S. C, Austin, P, Boeykens, K, Chourdakis, M, Cuerda, C, Jonkers-Schuitema, C, et al.. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clinical Nutrition 2020;39: 5-22.
2. Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, Bures J. Buried bumper syndrome: a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. World J Gastroenterol 2016;22:618-27.
3. Faris M.F., Blatnik J. (2016). Chronic Complications of PEG. In M.E. Pauli (Ed.). M.J Marks (Ed.). Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG): Techniques, Effectiveness and Potential Complications (pp 245-259). New York: Nova Science Publishers.

Ytterligare information

- Som hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigt att rapportera misstänkta biverkning. Biverkningar rapporteras direkt till Läkemedelsverket, www.lakemedelsverket.se.
- Kontakta Duodopa Supporten, 020-50 60 50, info@duodopa.se, om du har frågor eller för att beställa fler exemplar av patientguiden.

Digital version av denna guide finns tillgänglig på www.fass.se

För mer information om Duodopa, se produktresumén:



Detta läkemedel är godkänt i EES-medlemsstaterna under följande namn:
Duodopa® (levodopa/karbidopa intestinal gel).

Detta material har utvecklats av AbbVie som en del av Duodopas riskhanteringsplan.