

DUODOPA®

Veiledning for helsepersonell

(levodopa/karbidopa intestinalgel)

Opplæringsmaterieill for risikominimeringstiltak

Om denne veiledningen

Denne veiledningen er et opplæringsmaterieell, som er en del av risikominimaliserings-tiltakene for Duodopa. Veiledningen gir informasjon til gastroenterologer, nevrologer og annet helsepersonell (HP) om anbefalte tiltak for å redusere gastrointestinale hendelser, utstyrsrelaterte risikoer og prosedyrerelaterte hendelser.

Innholdsfortegnelse

A. Om Duodopa	2
B. Viktig sikkerhetsinformasjon	3
C. Informasjon til gastroenterologer	4
Viktige tiltak før prosedyren for å minimere risiko for komplikasjoner	
Viktige tiltak for plassering av PEG-J for å minimere risiko for komplikasjoner	
Etterbehandling for å minimere risiko for komplikasjoner	
D. Informasjon til nevrologer	8
Etterbehandling	
Langtidsbehandling	
E. Visuell identifisering og stell av stomien	11
F. Ofte stilte spørsmål	15
G. Referanser	18

Om Duodopa

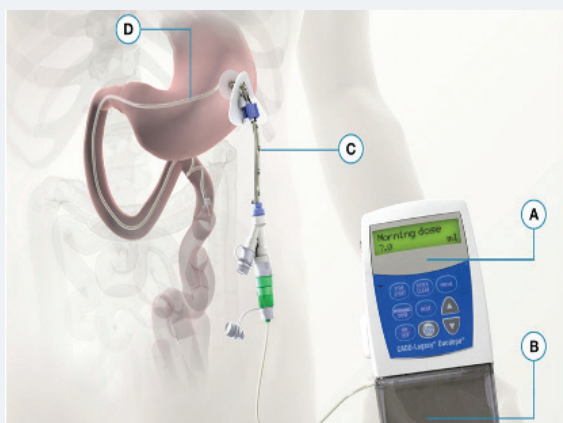
Duodopa er indisert til behandling av fremskreden levodopafølsom Parkinsons sykdom med uttalte motoriske fluktuasjoner og hyperkinesi eller dyskinesi når andre tilgjengelige kombinasjoner av legemidler mot Parkinsons sykdom ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Duodopa er en intestinalgel som inneholder en kombinasjon av levodopa og karbidopa.

Duodopa administreres inn i jejunum via perkutan endoskopisk gastronomi (PEG) med en intestinalsonde (AbbVie® PEG og J) ved hjelp av en pumpe.

Se godkjent preparatomtale for Duodopa for utfyllende sikkerhetsinformasjon.

Duodopa pumpesystem



Figur 1.

Duodopa pumpesystem:

- A) Pumpe
- B) Duodopa kassett
- C) PEG
- D) Intestinalsonde

Viktig sikkerhetsinformasjon

De utvalgte og viktige sikkerhetsrisikoene nedenfor er forbundet med PEG-J prosedyren eller PEG-J sonden (utstyret):

Svært vanlige

- Postoperativ sårinfeksjon

Vanlige

- Dislokasjon av sondeutstyret
- Blokkering av sondeutstyret
- Peritonitt
- Pneumo-peritoneum
- Pneumoni/
aspirasjonspneumoni

Mindre vanlige

- Besoar
- Gastrointestinal obstruksjon
- Tarmvaginasjon
- Perforasjon i tykktarmen
- Pankreatitt
- Postoperativ abscess

- Blødning i tynntarmen

Ukjent frekvens

- Erosjon/sår på implantatstedet
- Sepsis
- Perforasjon i tynntarmen

Merk: Noen av disse tilfellene kan være alvorlige og resultere i operasjon eller død.

Se godkjent preparatomtale for Duodopa for informasjon om sikkerhet, eller se bruksanvisningen for AbbVie PEG og AbbVie J intestinalsonde. Hvis du har spørsmål om pumpen, se bruksanvisningen for pumpen.

Informasjon til gastroenterologer

Denne veiledningen skal bidra til å minimere gastrointestinale (GI) hendelser og utstysrelaterte prosedyrehendelser knyttet til PEG-J. For fullstendige instruksjoner for PEG-J-prosedyren, se bruksanvisningen for AbbVie PEG Perkutan endoskopisk gastrostomi sett 15 FR/20 FR og AbbVie J Intestinalsonde 9 FR for PEG 15 og 20 FR.

Viktige tiltak før operasjonen for å minimere risiko for komplikasjoner

I tillegg til generell preoperativ prosedyre og sykehusets retningslinjer, vær oppmerksom på kontraindikasjonene listet opp under i tabell 1 for å sikre riktig pasientvalg og minimere risikoen for komplikasjoner (tabell 1).

Tabell 1. Kontraindikasjoner*

Kjent eller mistenkt intestinal obstruksjon

Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser (INR > 1,5, Quick < 50 %, PTT > 50s, blodplater < 50,000/mm³)⁺⁺

Sepsis

Peritonitt

Manglende transilluminasjon og positiv nåleaspirasjonstest er absolutte kontraindikasjoner for PEG-innlegging

Relative kontraindikasjoner omfatter ascites og neoplastiske, inflammatoriske og infiltrative sykdommer i magesekk og bukvegg

Tiltak før operasjonen:

Før operasjonen skal pasienten:

1. Faste over natten, minst 8 timer.
2. Ha utført munnstell.
3. Gis profylaktisk antibiotika i henhold til sykehusets retningslinjer.
4. Legges i ryggeleie før operasjonen.
5. Ha gjeldende koagulasjonsstatus i henhold til lokale retningslinjer.
6. Bekreftes å være i stabil medisinsk tilstand, med ingen nylig infeksjon og adekvat ernæringsstatus (albumin > 30 g/liter).

På operasjonsdagen skal pasienten:

1. Forsette med å ta sin nåværende parkinsonbehandling, for å hindre stivhet under operasjonen.
2. Kun drikke klar væske, opptil 2 timer før PEG-J-operasjonen.

* Kilde: Bruksanvisning for AbbVie PEG Perkutan endoskopisk gastrostomi sett 15 FR/20 FR og AbbVie J Intestinal Tube 9 FR for PEG 15 og 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.

Viktige tiltak for å minimere risiko for komplikasjoner ved innleggelse av PEG/J

A. Identifisering av punksjonssted

1. **Transilluminasjon og innrykk:** Lokaliser riktig punksjonssted ved å gi et bestemt trykk med pekefinger under god transilluminasjon av bukveggen. Dette vil bidra til å begrense en potensiell skade på de intraabdominale organene ved punksjon.
2. **Nålaspirasjon:** For å bekrefte en sikker passasje til magen, skal nålen innsettes langsomt under aspirasjon for å sikre at det ikke oppstår luft eller avføring innen nålespissen når magesekken.
3. Prøv å unngå områder med arr, brokk eller større blodkar i bukveggen («superior and inferior epigastric artery»).

Figur 2.



Lokaliser punksjonsstedet gjennom god transilluminasjon av bukveggen.

Figur 3.

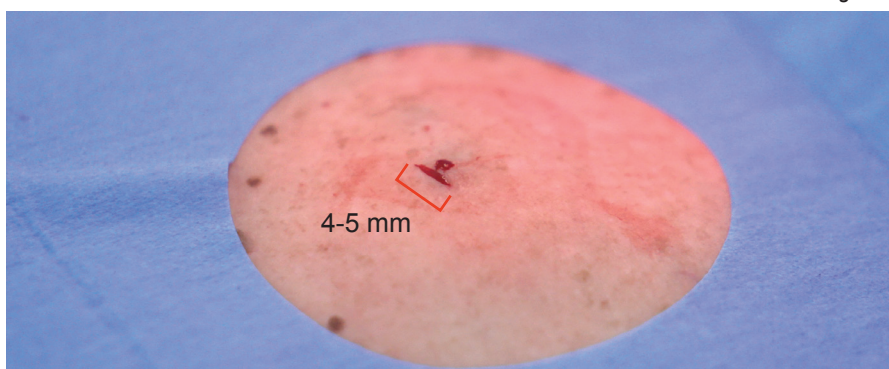


Sørg for langsom innsetting av kanylen ved hjelp av nålaspirasjon.

B. Punksjon av buken og plassering av tråd

1. Pasienter med fremskreden Parkinsons sykdom har en tendens til å være tynne. For å unngå å perforere i bukveggen, vær forsiktig så du ikke lager for dype innsnitt i huden. En tilstrekkelig mengde lokalbedøvelse vil gjøre dette enklere.
2. Hudinnsnittet skal være litt større enn PEG-sonden (4-5 mm for AbbVie PEG 15 FR eller 6-7 mm for AbbVie PEG 20 FR).
3. Vinkle punksjonsnål mot pylorus for å gi direkte tilgang til pylorus for intestinalsonden.
4. Fullfør punksjon av buken ved endoskopisk innlegging, iht. standard prosedyre.
5. Sett inn tråden, trekk den ut gjennom munnen og fest den til fikseringsløyfen på AbbVie PEG.

Figur 4.



Hudinnsnittet bør være ca. 4-5 mm for AbbVie PEG 15 FR.

Figur 5.



Trekk tråden ut gjennom munnen.

C. Innsettingsteknikk av PEG-sonden

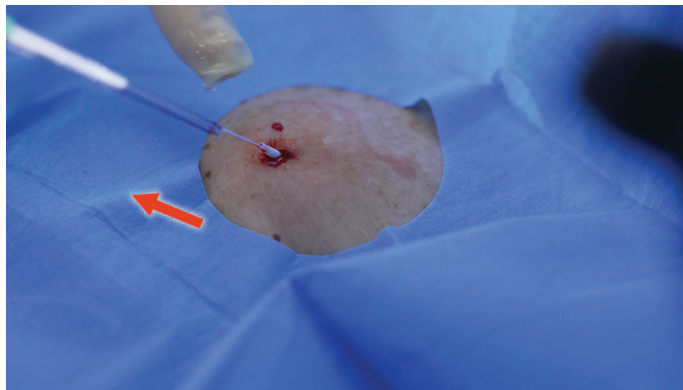
1. Plasser AbbVie PEG-sonden i buken ved sakte å trekke i den distale enden av tråden til det kjennes svak motstand når tuppen av PEG-sonden kommer inn i punksjonskanylen.
2. Trekk AbbVie PEG-sonden og punksjonskanylen ut gjennom bukveggen til den indre stoppeplaten er i direkte motstand til den indre bukveggen.
3. Etter plassering av PEG, gjør et rett kutt i PEG-sonden slik at lengden blir ca. 20 cm.

Figur 6.



Trekk i den distale enden av tråden mens du fører PEG-sonden inn i munnen.

Figur 7.



Punksjonskanyle dras ut samtidig som PEG-sonden trekkes ut.

D. Innleggelse av intestinalsonde - Viktige sikkerhetsaspekter

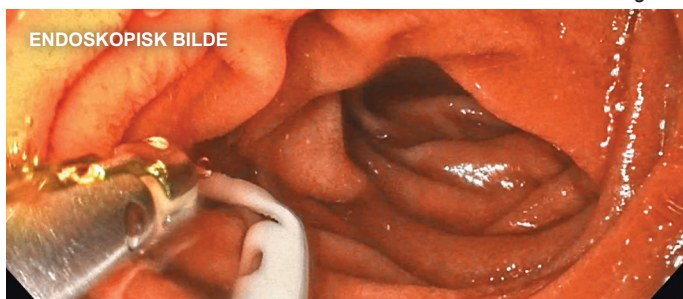
1. Intestinalsonden settes inn med et endoskop som er langt nok (dvs. standard gastroskop i de fleste tilfeller) til å nå Treitz' ligament. Sondespissen skal ligge i proximale jejunum, det vil si helst forbi Treitz' ligament.
2. For å unngå å perforere tarmen, sørg for å låse mandrengen inne i intestinalsonden før innlegging.
3. For å unngå dislokasjon av sonden, ta tak i enden på spissen av J-sonden med biopsitangen og sett den tilbake i arbeidskanalen til endoskopet. Før deretter tangen forsiktig fremover og unngå motstand mens du trekker tilbake med endoskopet.
4. Før frem endoskopet og den distale enden av intestinalsonden under observasjon til den trygt har passert Treitz' ligament, for å redusere risikoen for dislokasjon av sonden tilbake i gastrisk lumen.
5. Bekreft evt. med røntgen at den distale enden av intestinalsonden er forbi Treitz' ligament.

Figur 8.



J-sonden som passerer gjennom PEG-sonden inn i magen.

Figur 9.

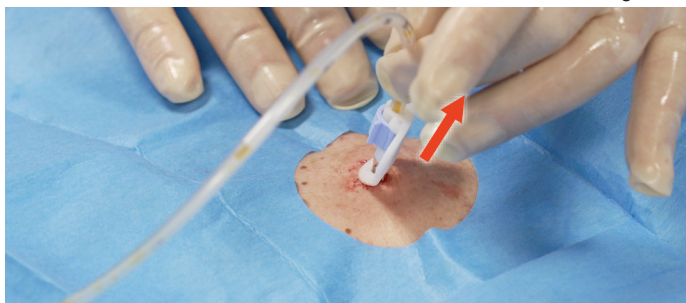


Enden av sonden blir innført under direkte visualisering inn i tarmen.

E. Sikre PEG-sonden

1. Unngå å trekke for hardt i AbbVie PEG-sonden, for å forhindre iskemi og nekrose.
2. PEG-sonden bør holdes med moderat spenning i 24-72 timer (eller iht. sykehusets retningslinjer) – for å fremme god adhesjon mellom magesekken til den indre bukveggen og for å unngå lekkasje.
3. Rens og tørk punksjonsstedet, ytre stoppeplaten og PEG-sonden for å unngå betennelse og infeksjon.

Figur 10.



PEG-sonden bør i utgangspunktet plasseres under moderat spenning (ca. 2-5 mm mellom ytre stoppeplate og stomi).

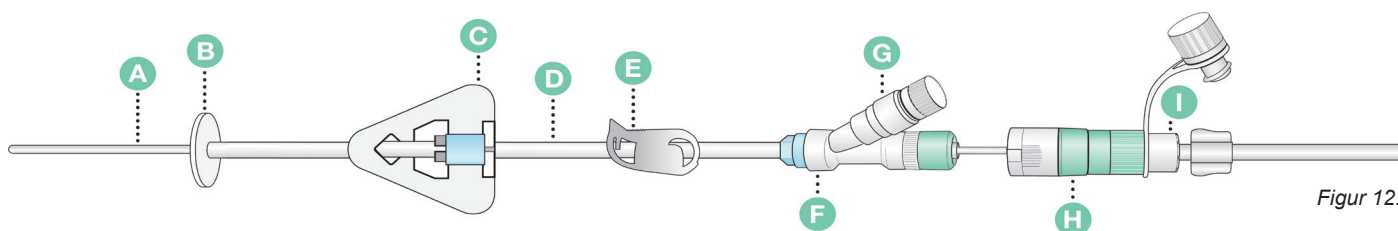
Figur 11.



Ytre stoppeplate festet på plass.

F. Montering av PEG-J-koblingene

For ytterligere veiledning vedrørende montering av PEG-J-koblingene som vist nedenfor, se AbbVie J bruksanvisning for en trinnvis veiledning.



A. Intestinalsonde
B. Indre stoppeplate
C. Ytre stoppeplate med klips

D. PEG-sonde
E. Sondeklemme
F. Festeskruer

G. Y-kobling
H. Klikk-kobling
I. Luer Lock-kobling

Etterbehandling for å minimere risiko for komplikasjoner

1. **PEG-sonde og spenning etter 48 timer:** Sørg for at ytre stoppeplate er fiksert 5-10 mm fra stomien. Dette gjøres for å forhindre betennelse og påfølgende «buried bumper syndrome» (BBS).
2. **Vudering av stomien:** Sjekk stomistedet for tegn på betennelse, infeksjon eller lekkasje, og behandle deretter.
3. **Stomi og hygiene:** Påminn pasienten om å være nøye med rens av stomien og holde ytre stoppeplate ren og tørr.

Henvis pasienten til rutinene under «Etterbehandling» som finnes i «Pasientveiledningen».

Informasjon til nevrologer

Etter at pasienten har gjennomgått operasjonen, er det viktig å observere pasientens stomi for tegn på betennelse eller infeksjon. De påfølgende avsnittene vil gi veiledning om følgende aspekter:

- Identifisere GI-komplikasjoner etter PEG-J-prosedyren og etter langvarig bruk av PEG-J-sonde
- Muliggjøre passende kliniske tiltak for å minimere risiko for komplikasjoner

Veiledningen er delt inn i:

- Etterbehandling: fokus på å sikre tilheling av stomien og riktig håndtering av sonden.
- Langtidsbehandling: fokus på å opprettholde en frisk stomi og riktig håndtering av sonden.

Etterbehandling (fra dag 1 til dag 10 etter operasjonen)

Hvis pasienten befinner seg i fasen etter operasjonen (inntil stomien er fullstendig tilhelet – ca. 10 dager):

- Påminn pasienten om ikke å røre bandasjen de første 48 timene etter innleggelse, såfremt den ikke er gjennomtrukket
- Påminn pasienten å unngå inn-/utbevegelser av PEG-sonden i løpet av de første 72 timene etter plassering, eller som anbefalt av gastroenterologen
- Sørg for at pasienten har tilgang til «Pasientveiledningen»
- Påminn pasienten om å følge rutinene under «Etterbehandling» i «Pasientveiledningen»

Stomien

Vudering av stomi: Undersøk stomien for tegn på betennelse, infeksjon eller lekkasje, og behandle deretter. For identifisering og anbefalt oppfølging av stomikomplikasjoner, se «Visuell identifisering og stell av stomien».

Mens stomien tilheles kan pasienten oppleve noen symptomer som er normale og som bør forsvinne spontant:

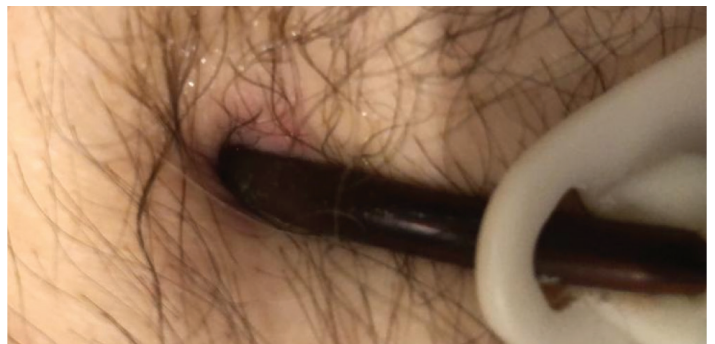
- litt magesmerter eller ømhet rundt stomien
- opptil 5 mm rødhet i huden rundt stomien
- en liten mengde slim fra stomien

Figur 13.



Et eksempel på en frisk stomi omtrent 1 måned etter operasjonen.

Figur 14.



En frisk stomi ca. 18 måneder etter operasjonen.

PEG-sonden

1. **PEG-sonde spenning:** PEG-sonden bør holdes under moderat spenning (2-5 mm mellom ytre stoppeplate og stomi) i de første 48 timene etter operasjonen, men følg lokale retningslinjer. Etter 48 timer skal ytre stoppeplate løsnes for å la det være 5-10 mm klaring mellom stomi og ytre stoppeplate, for å forhindre betennelse og påfølgende «buried bumper syndrome».
2. **PEG-sonde mobilisering:** Det anbefales å starte med inn-/utbevegelser av sonden fra dag 10 etter operasjonen, eller slik som beskrevet i sykehusets retningslinjer.
3. **PEG-sonde funksjon:** Påse at sonden kan skylles.
4. **PEG-sonde lekkasje:** Påse at sonden ikke lekker.

Viktige oppfølgingskriterier:

- Sjekk tilheling av stomien og tegn på infeksjon
- Kontroller at PEG-J-koblinger og sonde fungerer
- Rådfør pasienter til ikke å bruke petroleumsbaserte midler (f.eks. babyolje, vaselin) på sonden og stomien

Langtidsbehandling (fra dag 10 etter operasjonen)

Når pasienten er i fasen for langtidsbehandling:

- Sørg for at pasienten har tilgang til «Pasientveiledningen»
- Påminn pasienten om å følge rutinene under «Langtidsbehandling» i «Pasientveiledningen»

Stomien

Vurdering av stomien: Sjekk stomistedet for tegn på betennelse, infeksjon eller lekkasje og behandle deretter. For identifisering og anbefalt oppfølging av stomikomplikasjoner, se «Visuell identifisering og stell av stomien».

Langtidsbehandling

PEG-sonde

1. PEG-sonde spenning: Instruer pasienten om å fortsette å feste den ytre stoppeplaten, for å la det være 5-10 mm klaring mellom stomien og den ytre stoppeplaten.
2. PEG-sonde mobilisering: Med oppstart fra tidligst 72 timer til 10 dager etter operasjonen instruer pasienten om å bevege på PEG-sonden hver dag for å forhindre «buried bumper syndrome». Skyv forsiktig PEG-sonden 3-4 cm inn i stomien, og trekk deretter PEG-sonden forsiktig til motstand kjennes. Sonden skal ikke vris eller roteres under noen omstendigheter.
3. PEG-sonde funksjon: Påse at sonden skylles daglig.
4. PEG-sonde lekkasje: Påse at sonden ikke lekker.

Figur 15.



Figur 16.



Viser hvordan PEG-sonden skal bevegges.



BBS (Buried Bumper Syndrome)

En alvorlig komplikasjon der den indre stoppeplaten eroderer i mageslimhinnen.¹ Den indre stoppeplaten kan ende opp hvor som helst mellom mageslimhinnen og overflaten av huden.² BBS skyldes primært overdreven kompresjon av vev mellom den indre og ytre stoppeplaten.³ Dette er en alvorlig, men uvanlig, komplikasjon etter langvarig PEG-J-plassering og kan forebygges ved riktig bevegelse av sonden og riktig spenning av sonden. Se avsnittet «Visuell identifisering og stell av stomien» for ytterligere detaljer.

Visuell identifisering og stell av stomien

Eksempler på friske stomier

Figur 17.



Omtrent 1 måned etter operasjonen.

Figur 18.



Omtrent 18 måneder etter operasjonen.

Stomikomplikasjoner med anbefalt oppfølging

Følgende bilder viser eksempler på stomikomplikasjoner, samt anbefalt oppfølging. Konsulter gjerne en gastroenterolog ved behov for riktig behandling.

Infeksjon

Figur 19.



Mulig bakteriell infeksjon

Anbefalt intervensjon: Ta prøve av sårsekret og behandle med passende antibiotika hvis nødvendig.

Figur 20.



Mulig soppinfeksjon

Anbefalt intervensjon: Topikale antimykotika.

Infeksjon

Figur 21.



Infeksjon

Anbefalt intervensjon: Topikal antibiotika/ soppdrepende behandling. Ved ingen forbedring, bør bruk av orale antibiotika overveies.

Figur 22.



Cellulitt, purulent sekresjon

Anbefalt intervensjon: Ta prøve av sårsekret og behandle med passende antibiotika hvis nødvendig.

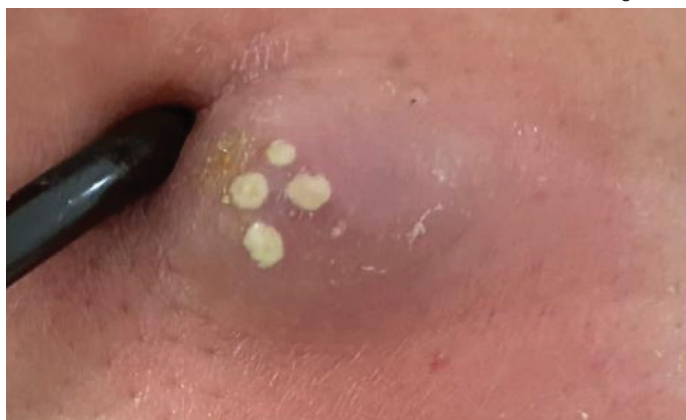
Figur 23.



Cellulitt og granulasjonsvev

Anbefalt intervensjon: Topikal antibiotika og lokalbehandling med steroidkrem med lav styrke og topikal antibiotika.

Figur 24.



Abscess

Anbefalt intervensjon: Snitt, drenering og antibiotika.

Granulering

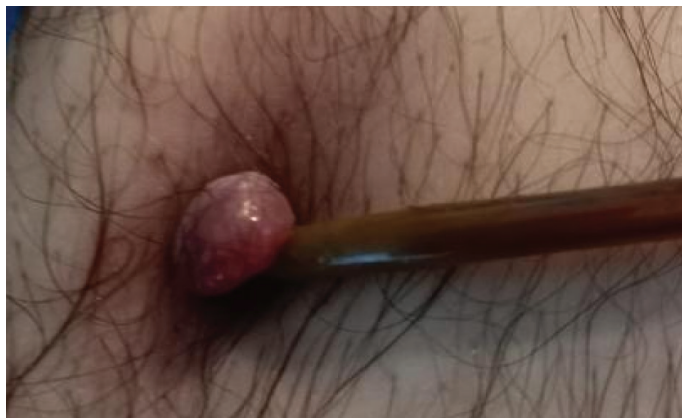
Figur 25.



Granulasjonsvev

Anbefalte tiltak: Ingen intervensjon eller steroid og antibiotikakrem med liten styrke. Ved ingen respons, bør det vurderes kjemisk ablasjon med sølvnitratapplikator.

Figur 26.



Granulasjonsvev

Anbefalte tiltak: Topikal steroid, antibiotika og kjemisk ablasjon (sølvnitrat). Hvis det er epitelisert, vil det trolig ikke være en respons og konsultasjon med kirurg kan være påkrevet.

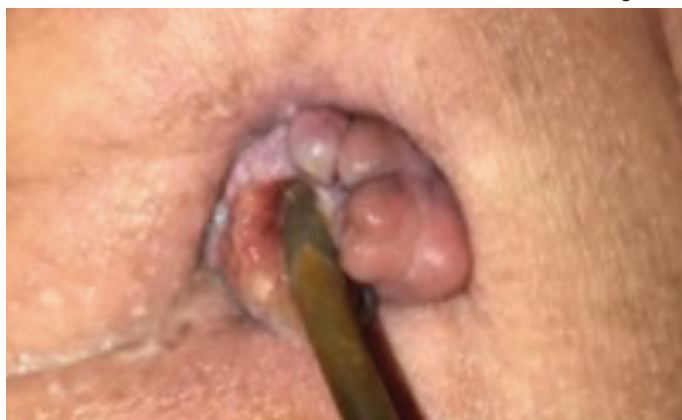
Figur 27.



Granulasjonsvev

Anbefalte tiltak: Topikal steroid, antibiotika og kjemisk kauterisasjon med sølvnitrat.

Figur 28.



Ved ekstrem tilfelle av hypergranulasjon

Anbefalte tiltak: Forsøk med lokal lavpotent steroid og antibiotikakrem, kjemisk ablasjon (sølvnitrat applikator). Vurder kirurgisk eksisjon hvis ingen respons.

Annet

Figur 29.



Kjemisk irritasjon (på grunn av stomi som lekker, eventuell samtidig infeksjon)

Anbefalte tiltak: Forsøk å stramme til stoppeplaten, sørg for regelmessig pleie av stomien ta bakterieprøve og behandle med passende antibiotika.

Figur 30.



Kjemisk irritasjon (mulig kontaktirritasjon fra sonden)

Anbefalte tiltak: Veksle på posisjonen av sonden og bruk barriere krem.

Figur 31.



Prolaps av mageslimhinnen

Anbefalte tiltak: Vanligvis ikke-akutt kirurgisk inngrep.

Figur 32.



Buried bumper syndrome (BBS)

Anbefalt forebygging: Etter tilheling av stomien (> dag 10 etter operasjon), flytt sonden 3-4 cm inn og ut av stomien daglig. Kjenn motstand fra indre stoppeplate og fest ytre stoppeplate 5-10 mm fra stomien. Se «Pasientveiledningen» for detaljer (Langtidsbehandling trinn 4).

Anbefalte tiltak: Konsultasjon med en spesialist.

Ofte stilte spørsmål

PEG-J plassering

Spørsmål: Hvilke tiltak anbefales for å forhindre dannelse av løkker, knekk eller knuter på intestinalsonden etter PEG-J-innleggelse?

Svar:

- Ikke vri eller roter AbbVie PEG-sonden under noen omstendigheter. Dette er for å forhindre dannelse av løkker og forskyvning av intestinalsonden.
- Ikke vri på intestinal eller Luer Lock-koblingen, da det kan oppstå knekk eller knuter.

Se AbbVie PEG and AbbVie J bruksanvisning for ytterligere detaljer.

Spørsmål: Hvordan sikrer gastroenterologen riktig plassering av sonden i jejunum under plassering av intestinalsonde?

Svar:

- Endoskopisk plassering/utskifting av intestinalsonde bør utføres med direkte visualisering av enden på sonden. Passiv innføring av sonden ved å skyve med gripetang skal absolutt unngås. Bekreft med røntgen eller andre teknikker (fluoroskopi) at den distale enden er forbi Treitz' ligament.

Se AbbVie J bruksanvisning for ytterligere detaljer.

Spørsmål: Hvilke adaptere benyttes til PEG-J systemet?

Svar:

- AbbVie PEG-J-sonder og Duodopa kassetter benytter koblinger med Luer Lock.

Se AbbVie J bruksanvisning for ytterligere detaljer.

Stomipleie

Spørsmål: Etter PEG-J-plassering kan pasienter oppleve lekkasje av væske eller blod fra stomien. Hvilke tiltak bør tas for å redusere risikoen for lekkasje fra stomien?

Svar: Lekkasjer er vanligvis en komplikasjon av suboptimal tilheling av stomikanalen på grunn av infeksjon eller iskemi. Eventuelle infeksjoner bør behandles omgående. Hvis lekkasjen kommer fra området mellom sonden og stomien i løpet av de første 72 timene etter PEG-J-plassering, sjekk at plasseringen av ytre stoppeplate er korrekt.

- AbbVie PEG-sonden bør holdes under moderat spenning. Påse at ytre stoppeplate er festet nære huden (2-5 mm) de første 48 timene etter operasjonen (eller iht. sykehusets retningslinjer). Dette får å gi godt feste av mageveggen til den indre bukveggen.
- Unngå bevegelse inn/ut av AbbVie PEG-sonde i de første 72 timene etter operasjonen.

Hvis lekkasjen kommer fra området mellom sonden og stomien etter de første 72 timene etter PEG-J-plassering:

- Sondeklemmen skal åpnes og ytre stoppeplate løsnes. Som beskrevet under avsnittet «Langtidsbehandling», la det være 5-10 mm klaring mellom stomien og den ytre stoppeplaten.

Lekkasjer kan også oppstå hvis koblingene er løse eller skadet. Ta kontakt med supporttjenesten i AbbVie for anskaffelse av nytt utstyr, eller kontakt en gastroenterolog, for å sjekke stomien og sondesystemet, og eventuelt korrigere deretter.

Spørsmål: BBS er en potensiell og alvorlig langvarig komplikasjon etter PEG-J-plassering hos Duodopa-pasienter. Hvilke tiltak bør tas for å minimere risiko for denne komplikasjonen?

Svar: Korrekt plassering av den ytre stoppeplaten og regelmessig bevegelse av PEG-sonden er avgjørende for å forhindre BBS.

- PEG-sonden bør holdes under moderat spenning i 48 timer etter innleggelse. Fest ytre stoppeplate 2-5 mm fra huden. Etter 48 timer skal ytre stoppeplaten løsnes for å sikre at det er 5-10 mm klaring mellom stomien og den ytre stoppeplaten.
- Med oppstart fra tidligst 72 timer til 10 dager, eller iht. gastroenterologisk veiledning, beveg sonden daglig. Skyv sonden forsiktig 3-4 cm inn i magen og trekk forsiktig tilbake til du føler motstand fra den indre stoppeplaten. Ikke vri på sonden.

Se AbbVie PEG og AbbVie J bruksanvisning for ytterligere detaljer, eller konsulter gastroenterologisk avdeling vedrørende stomi, evaluering av sonde eller eventuelle komplikasjoner.

Spørsmål: Hva er anbefalingene for riktig stomipleie for å forhindre stomikomplikasjoner etter gastrostomi?

- Svar:**
1. 48 timer etter operasjonen skal sårkompressen skiftes under aseptiske forhold én gang om dagen de første 10 dagene.
 2. Desinfiser hendene og sett på engangshansker.
 3. Fjern sårkompressen, åpne den ytre stoppeplaten og løsne sonden fra platen.
 4. Såret renses med aseptisk teknikk og desinfiseres.
 5. Hold alltid stomien så ren og tørr som mulig.
 6. Bruk aldri salve på en PEG-stomi eller et infisert PEG-sår.
 7. Etter 48 timer skal ytre stoppeplaten løsnes for å sikre at det er 5-10 mm klaring mellom stomien og den ytre stoppeplaten, for å forhindre betennelse og påfølgende BBS.

Etterbehandling

Spørsmål: Hva er de anbefalte rådene for å skylle AbbVie PEG-J sonden?

- Svar:**
- Skyll AbbVie PEG-sonden (via hvit, blå eller fiolett «g»-port) daglig med minst 20 ml romtemperert vann, også etter at den har blitt brukt til ernæring. Hvis AbbVie PEG-sonden ikke skylles tilstrekkelig kan det føre til okklusjon eller blokkering.
 - Skyll AbbVie J-sonden (via grønn «i»-port) daglig med minst 20 ml romtemperert vann etter administrering av Duodopa. Hvis AbbVie J-sonden ikke skylles tilstrekkelig kan det føre til okklusjon eller blokkering.
 - Ikke skyll AbbVie J-sonden med kraft eller fjern blokkeringen med mandreng. Det er risiko for at AbbVie J-sonden kan løsne fra koblingen, eller det kan føre til perforering av sonden. Ved vedvarende okklusjon av sonden etter å ha utført ulik problemløsning, må ny AbbVie J-sonde legges inn.

Spørsmål: Hva er anbefalt praksis for å minimere risikoen for bezoar hos pasienter med fremskreden Parkinsons sykdom som bruker Duodopa?

- Svar:** Helsepersonell bør råde pasientene til å unngå mat med høyt fiberinnhold (som selleri, asparges, solsikkefrø) mens de er under behandling med Duodopa-systemet.

Spørsmål: Noen ganger blir Y-koblingen på PEG-J forskjøvet etter innleggelsen. Hvilke tiltak bør gjøres for å sette Y-koblingen på plass igjen?

- Svar:** For å koble PEG-sonden riktig til Y-koblingen, følg instruksjonene gitt i brukerveiledningen. Se spesielt følgende:

1. Sørg for at PEG-sonden er kuttet vinkelrett (90-graders vinkel) på sonden og ikke diagonalt.
2. Skyv PEG-sonden helt inn på Y-koblingen før du fester festeskruen. Sjekk visuelt at sonden er blitt skjøvet helt inn på Y-koblingen.
3. Festeskruen strammes til på Y-koblingen. Sørg for at det ikke er mellomrom mellom festeskruen og Y-koblingen.

Se AbbVie J bruksanvisning for ytterligere detaljer.

Referanser

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.

Ytterligere informasjon

- Som helsepersonell er det viktig at du rapporterer enhver mistenkelig bivirkning. Bivirkninger kan meldes på elektronisk meldeskjema: www.dmp.no/meldeskjema
- Kontakt AbbVie på telefon +47 67 81 80 00 eller e-post: kontakt@abbvie.com dersom du har spørsmål eller trenger flere eksemplarer av pasientveiledningen

Se oppdatert preparatomtale (SPC) og opplæringsmaterieill på www.felleskatalogen.no

Dette materialet ble utviklet av AbbVie som en del av Duodopa risikominimeringsplan.