

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Giltig från: 2025-11-10

Innehållsansvar: Samer Al-Dury, (samal7), Överläkare

Giltig till: 2027-11-10

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Kapselenteroskopi – indikation 102

Revideringar i denna version

Förtydligande av texten.

Syfte

På grund av en extrem resurskrävande undersökningsteknik bör remissunderlaget vara entydigt och fullständigt för att en adekvat bedömning och prioritering skall kunna genomföras. Saknas det relevant information sänd remissen tillbaka för komplettering.

Arbetsbeskrivning

Inför kapselendoskopi

1. Fullständig högkvalitetsgastroskopi där bilddokumentation finns tillgänglig för granskning. Om detta villkor inte uppfylls ska gastroskopi göras om inför beslut om kapselenteroskopi.
2. Fullständig högkvalitetskoloskopi med intubation av terminala ileum utförd under bedömningsbara förhållande måste ha blivit verkställt hos samtliga patienter oavsett indikation. (Förutsättning för fri kapselpassage).
3. En riskvärdering med avseende på stenoser/ strikturer eller annat hinder skall göras av inremitterande.
4. Tidigare strålbehandlingar skall informeras om i remissen.
5. Inga morfinderivat och inga morfinanaloga skall tas 10 dagar innan undersökningen.
6. Inga perorala järnpreparat 5 dagar före undersökningen.
7. All NSAID medicinering skall avslutas 2 månader inför undersökningen i möjligast mån, tidigare långvarig NSAID bruk bör framgå av remissen. (Gäller ej Trombyl).
8. Tidigare bukoperationer bör framgå i remissen.

Vid blödning

- **Indikation:** obskyr blödning (återkommande blödning med 2 negativa gastroskopier och 1 negativ koloskopier, förutsatt att villkoren i punkt 1 och 2 är uppfyllda).
- **Hematochezi** är ingen primär indikation för kapselendoskopi.
- Vid **pågående GI-blödning med** transfusionsbehov skall undersökning göras inom 48 timmar och inte dröjas längre än 14 dagar för öka chansen att hitta blödningskällan. Ring för akut undersökning.

Vid järnbristansemi

- Adekvat utredning avseende **atrofisk gastrit, helicobakter pyloriinfektion, celiaki**, extraintestinala morbiditeter, läkemedel, riklig menstruation hos kvinnor, eller särskilda kostförhållningssätt bör föregå kapselendoskopi.
- Laborativ bild som stödjer en **järnbristanemi** skall återges i remissen (ferritin och transferrinreceptorer).

Vid känd Crohns sjukdom

- **Stenoser** skall ha blivit uteslutna.
- Långvarig aktiv Crohn skall undersökas med MR tunntarm i första hand. Vid fortsatt oklarhet ska kapselenteroskopi övervägas.
- Patienten skall vara informerad om operationsbehov vid eventuell kapselretention.
- Det skall finnas en **behandlingsvinst** av en kapselundersökning.
- Lämplig frågeställning för bedömning av inflammationsutbredning och kontroll av slemhinne-läkning.

Vid misstänkt Crohn

- En välgrundad misstanke skall föreligga (förhöjd F-Kalprotektin, inflammatorisk aktivitet, järnbristanemi).
- Koloskopi och MR tunntarm skall vara negativa och välgrundad misstanke om Crohn kvarstå.

Celiaki

- Vid terapiresistens.
- Vid tydlig positiv Ak och negativa biopsier.
- Vid malabsorptionstecken.

- Vid välgrundad misstanke om lymfom/adenocarcinom utveckling och negativ röntgen.

Polypos

- Kapselenteroskopi är första handsmetod vid surveillance hos patienter med känd polyposyndrom
- Undersökningsintervall är 1–3 år.

Buksmärtor, diarréer, förhöjd SR eller allmän malignitetsutredning skall inte utredas med kapselenteroskopi.

Användning av så kallad patency kapsel bestäms på case-by-case basis av utföraren.

För procedurrelaterade rutiner, tolkning och uppföljning, se separat dokument

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som arbetar på GEA.

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och efterföljs.

Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens styrande dokument.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller dennes av Sektionschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg dokumenteras i Melior om det är kopplat till patient.

Övriga orsaker till avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Dokumentation

Styrande dokument hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Per Hedenström Sektionschef Gastroenterologi och hepatologi/Medicin/område 6

Gisela Ringström VEC GEA

Axel Josefsson VÖL GEA

Andreas-Bernd Pischel, Läkare Gastromedicin

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Samer Al-Dury, (samal7), Överläkare

Granskad av: Per Hedenström, (perhe14), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-47

Version: 6.0

Giltig från: 2025-11-10

Giltig till: 2027-11-10