

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-08-21

Innehållsansvar: Lena Karström, (lenka29), Överläkare

Giltig till: 2027-08-21

Granskad av: Lena Karström, (lenka29), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Incidentalom - Binjureadenom, handläggning vid SÄS

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar inkl. mindre förtydligande tillägg;
giltighetstiden förlängd

Sammanfattning

Rutinen baseras på nationellt vårdprogram för adrenal incidentalom [1] och omfattar anamnes, status, prover, åtgärder och uppföljning vid utredning av binjureincidentalom.

Förutsättningar

Definition

Noduli i binjure.

Förekomst

Upp emot 5% hittas som bifynd vid CT buk. Cirka 90% är godartade och icke hormonproducerande. Vanligast är lipom, cystor, myelolipom eller gammal blödning. Primär binjurecancer hittas i 1 fall/1 miljon invånare och år och är extremt sällsynt. Fynd hos cancerpatient ska inte automatiskt betraktas som metastas; cirka 75% är godartade. Det är viktigt att identifiera hormonproducerande adenom; feokromocytom, hyperaldosteronism, Cushings syndrom, Conns tumör.

Utförande

Handläggning

Basal utredning kan bedrivas inom primärvård med stöd av endokrinologisk klinik alternativt direkt av endokrinolog.

Handläggningen individanpassas beroende på patientens ålder, önskemål, allmäntillstånd och samsjuklighet.

Klinik

Hypertoni? Obesitas? Bålfetma? Striae? Tidigre malignitet?

Huvudvärk, svettning, takycardi.

Biokemisk analys

- Natrium, kalium, krea
- P-aldosteron, P-renin, Aldosteron/reninkvot
- P-metoxikatekolaminer (eller i urin)
- Dexametasonhämningstest (1 mg dexametason ges kl 22:00, mät sedan P-kortisol kl 08:00; normalt värde <50 mmol/l).

Bilddiagnostik

Radiologisk karakterisering av incidentalom syftar till att utesluta binjurebarksmalignitet. Man bedömer storlek, avgränsning mot omgivande vävnad och tumörens inre struktur samt ”densitet” (HU = Hounsfield-enheter). Storlek är en riskfaktor.

CT visar incidentalom:

| Förändring | Uppföljning/Kontroller |
|--------------------|---|
| ≤1 cm | Ingen uppföljning. Vid klinisk misstanke utförs en biokemisk utredning enligt ovan. |
| ≤10 HU 1-4 cm stor | Lipidik. Ingen uppföljning. |
| ≥1 cm och ≥10 HU – | Kontroll om 6 månader med CT. Om oförändrat avslutas kontroller |

| | |
|---|--|
| | Om ökar i storlek, till multidisciplinär konferens (MDK) med endokrinkirurger vid SU |
| ≥1 cm och oskarp gräns samt inhomogen, ≥4 cm som ökar i storlek och/eller överproduktion av hormon, | Till multidisciplinär konferens (MDK) med endokrinkirurger vid SU. |

FDG-PET/DT rekommenderas vid utredning av patient med extraadrenal malignitet och samtidigt oklar binjureexpansivitet.

Biopsi tillför inget i utredningen. MR kan användas – lipidrikt – benigt (anages inte i HU).

Arbetsgrupp

Remissinstanser (utgåva 1)

Verksamhetschefer, SÄS

Referens- och länkförteckning

1. Nationellt vårdprogram för adrenala incidentalom. Regionala cancercentrum i samverkan
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/binjuretumorer/vardprogram/incidentalom>

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Lena Karström, (lenka29), Överläkare

Granskad av: Lena Karström, (lenka29), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-264

Version: 5.0

Giltig från: 2025-08-21

Giltig till: 2027-08-21