OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Iris Posserud, (iripo), Överläkare
Granskad av: Iris Posserud, (iripo), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2026-11-17
Giltig till: 2028-11-17

Polyper i kolon, hantering av stora polyper vid SÄS

Förändringar sedan föregående version

Ingen förändring.

Sammanfattning

Rutinen tydliggör planering och handläggning av större polyper i kolon vid endoskopienheten på Södra Älvsborgs Sjukhus. Rutinen beskriver inte hur polypektomi ska genomföras.

Bakgrund och syfte

Inför endoskopisk polypektomi av större polyper i kolon bör åtgärden planeras noggrant för att säkerställa ett säkert utförande med optimala förutsättningar vad gäller operatör, assisterande personal, utrustning, övervakning och eventuella kringresurser.

Självständigt arbetande koloskopister förväntas kunna hantera och utföra polypektomi av polyper upp till 2 cm i storlek. Polyper som är större än 2 cm kräver ofta särskilda överväganden och färdigheter hos såväl koloskopist som assisterande personal. Risk för inkomplett polypektomi och komplikationer under och efter åtgärden ökar med större polyper. Kringresurser som anestesi och kirurgi kan behövas för assistans. Tidsåtgången är större och åtgärden ryms inte alltid inom ett vanligt skopiprogram. Sambedömning tillsammans med andra erfarna koloskopister kan vara av stort värde. Ur patientens perspektiv bör alltid en risk-/nytta-värdering göras.

Rutinen ger rekommendationer om hur större polyper ska hanteras på SÄS, men kan också användas för en del polyper mindre än 2 cm.

Förutsättningar

Ansvar

Assisterande sköterska

Assisterande sköterska ansvarar, i samråd med koloskopisten, för att rätt utrustning och tillbehör finns på salen, t.ex. slyngor, clips, endo-loop etc.

Koloskopisten

Koloskopisten ansvarar för att rätt polypektomiteknik används samt föreskrifter och information till patienten efter undersökningen. Koloskopisten avgör också hur lång övervakningstid som behövs efter undersökningen och när eventuell blodförtunnande medicinering kan återinsättas.

Utförande

Rekommendationer

Vid indexundersökningen

- Noggrann värdering av polypens karakteristika, inklusive bedömning av ytkarakteristika (NICE eller JNET), makroskopisk morfologi (Paris-klassifikation) [1] samt möjlighet och tillgänglighet för endoskopisk åtgärd. Detta ska dokumenteras i skopiutlåtandet tillsammans med bilder och eventuell film.
- Var frikostig med sambedömning med annan erfaren koloskopist.
- Gör en bedömning av samsjuklighet och risk/nytta-värdering för patienten. Check-in (genomgång av patientens sjukhistoria samt av planerad åtgärd).
- Informera patienten om vad polypektomin innebär.

Planering inför polypektomi

Välj lämpligt tillfälle för polypektomin. Ofta bör inte terapin utföras i samband med indexundersökningen, utan vid ett senare tillfälle med optimala förutsättningar. Det kan innebära att dubbel tid ska avsättas samt att rätt kompetens hos såväl koloskopist som assistent ska finnas tillgänglig. Detta innebär att det ofta blir aktuellt med en

centralisering av större polyper till SÄS Borås, där möjligheten till sambedömning, kollegialt stöd och kringresurser är mer tillgängliga.

Behovet av och möjligheten till övervakning av patienten efter ingreppet, måste vara tillgodosett inför den terapeutiska åtgärden.

Innan terapin påbörjas, se till att all planerad utrustning finns till hands.

Efter polypektomin

Adekvat övervakning efter åtgärd ska ombesörjas. Koloskopisten avgör hur lång övervakningstid som behövs.

Efter utförd åtgärd är det viktigt att informera patienten om potentiella komplikationer, framför allt smärta, feber och blödning.

Uppföljande undersökning ska göras enligt nationella riktlinjer Endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi [2].

Multidisciplinär konferens (MDK)

Den regionala polypkonferensen är ett viktigt forum för diskussion i situationer då polypen anses tillgänglig för endoskopisk åtgärd, men där kompetensen saknas på SÄS. Konferensen kan också bistå med rådgivning i oklara fall.

Observera att polyper som är större än 2 cm i rektum och i rektosigmoidala övergången *alltid* ska diskuteras vid regional konferens för eventuell endoskopisk submukosal dissektion (ESD). Koloskopisten anmäler direkt till sekreterare på Östra sjukhuset, Göteborg, och föredrar själv fallet.

I de fall primär kirurgi anses lämpligast, anmäler koloskopisten fallet till SÄS tarmkonferens.

Uppdaterade kontaktuppgifter för anmälan till dessa konferenser finns tillgänglig på läkarexpeditionerna på endoskopienheterna vid såväl SÄS Borås som SÄS Skene.

Arbetsgrupp

För innehållet svarar

Anders Lasson, överläkare, VO medicin, SÄS Borås.

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Källförteckning

1. Participants in the Paris Workshop. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. Gastrointestinal Endoscopy. 2003; 58:S3–S43 (Parisklassifikationen)
2. Endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi. Nationella riktlinjer utfärdade av Svensk gastroenterologisk förening, 2021 https://svenskgastroenterologi.se/kunskap/endoskopisk-uppfoljning-efter-kolorektal-polypektomi-2021/

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Iris Posserud, (iripo), Överläkare

Granskad av: Iris Posserud, (iripo), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-719

Version: 2.0

Giltig från: 2026-11-17

Giltig till: 2028-11-17