

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Giltig från: 2025-09-12

Innehållsansvar: Urban Ersson, (urber1), Överläkare

Giltig till: 2027-09-12

Granskad av: Åsa Fredriksson, (asafr9), Processchef

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi och cancerkirurgi

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet

Bakgrund, syfte och mål

Ca 30% av befolkningen har kolorektala polyper. Med endoskopiska uppföljningsprogram kan risken att drabbas av kolorektal cancer minskas. Selektion krävs för att rikta insatserna där de gör nytta då komplikationer till undersökningen kan vara potentiellt allvarliga (ex perforation och blödning). Med en uppdelning av patientgrupper i hög resp låg risk att utveckla cancer kan resurser nyttjas motiverat.

Förutsättningar

Riktlinjerna förutsätter väl rengjord tarm (v.g. se separat rutin) och van endoskopist samt komplett intubation av undersökt tarm. Dessutom ska alla neoplastiska lesioner ha tagits bort radikalt, helst en bloc, och analyserats vid patologisk enhet. Suboptimal koloskopi bör göras om till dess en högkvalitetskoloskopi genomförts innan patienten kan gå in i uppföljningsprogrammet.

Om tarmen är relativt ren och man kan utesluta förekomst av polyper större än 5 mm kan man överväga att istället tidigarelägga uppföljningen till 5 år.

Ej säkert radikal polypektomi av polyp > 10 mm bör följas upp med ny kontroll inom 6 månader.

Arbetsbeskrivning



Lågriskgrupp

1-4 tubulära adenom < 10 mm
Sågtandade polyper < 10 mm utan dysplasi

Högriskgrupp

Adenom \geq 10 mm eller > 4 st
Höggradig dysplasi eller villös histologi
Sågtandade polyper \geq 10 mm eller med dysplasi
Kolorektal cancer

Baserat på en högkvalitetskoloskopi kan patienter delas in i en lågrisk- och en högriskgrupp. Patienter i lågriskgruppen genomgår en kontrollkoloskopi efter 10 år om patienten är yngre än 50 år annars inte. Patienter i högriskgruppen ska genomgå en uppföljningskoloskopi efter 3 år. Om patienter i högriskgruppen har högrisk adenom på den första kontrollkoloskopin ska nästa kontroll ske efter 3 år. Om en högrisk patient genomgår en uppföljningskoloskopi utan högrisk adenom ska kontrollkoloskopin göras efter 5 år upp till 80 års ålder. Även patient som opererats för cancer sorteras i högriskgruppen. Notera att uppföljningsprogrammet förutsätter clean colon. Vid konstaterad genetisk hög risk för kolorektal cancer eller polyposyndrom gäller särskilda riktlinjer.

Polyper > 20 mm och piecemealresektion

Endoskopisk mucosaresektion (EMR) av bredbasiga adenom >20 mm medför ökad risk för lokalt recidiv (13%), piecemealmetoden ökar denna till 20%. 75% av recidiven sker inom 3 mån och 90% inom 6 månader. Termisk behandling av tagställets kant ger en riskreduktion med 16%. För uppföljningen bör man tatuera slemhinnan analt om tagstället(caekum och rektum undantaget). Icke stjälkade adenom som avlägsnats med pEMR ska följas upp efter 3-6 månader samt 12 månader efter första koloskopin. Tagstället ska då fotodokumenteras med vanligt ljus och kromendoskopi. Biopsier tas enbart vid fynd och lokala recidiv av adenomvävnad åtgärdas endoskopiskt.

pEMR >20mm	3-6 mån kontrollkoloskopi ->	nr1	12 mån kontrollkoloskopi ->	nr2
--------------------------	--------------------------------------------	------------	-------------------------------------------	------------

Käll- och litteraturförteckning

Nationell riktlinje 2021 På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse "Endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi"

"Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer" Regionala cancercentrum i samverkan

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Urban Ersson, (urber1), Överläkare

Granskad av: Åsa Fredriksson, (asafr9), Processchef

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-22

Version: 5.0

Giltig från: 2025-09-12

Giltig till: 2027-09-12