

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Robert Dahlberg, (robda), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-19

Kolorektal cancer – preoperativ utredning och endoskopiverksamhet

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet

Syfte

För att påskynda handläggningen av nyupptäckt kolorektal cancer, vill vi få hjälp av endoskopienheten med den preoperativa utredningen som är helt standardiserad.

Förutsättningar

Vid nyupptäckt kolorektal cancer beställs utredning enligt nedan samtidigt som remiss till kirurgen skrivs, ange i remissen till kirurgen att röntgen beställts, berätta för patienten att det kommer en kallelse till röntgen också. Man behöver inte vänta på ev. snabbsvar på px.

Ansvar

Respektive endoskopienhet ansvarar för att detta blir utfört

Avgränsningar

Målgrupp: Patienter med nyupptäckt kolorektal cancer.

Om kolorektal cancer upptäcks inom SkaS på annat sätt än via koloskopi, beställs samma utredning.

Förberedelser

Inga förberedelser behövs annat än att rutinen blir allmänt känd.

Arbetsbeskrivning

Koloncancer

Vid nyupptäckt koloncancer beställs CT Thorax/Buk samtidigt som remiss till kirurgen skrivs, (se mall nedan), ange i remissen att röntgen beställts, berätta för patienten att det kommer en kallelse till röntgen också.

Blodprov: Hb, CEA, blodgruppering och elstatus (Na, K, krea) på alla, samt HbA1c på diabetiker.

Rektalcancer

Vid nyupptäckt rektalcancer beställs CT thorax/buk och MR Bäckén samtidigt som remiss till kirurgen skrivs, (se mallar nedan), ange i remissen att röntgen beställts, berätta för patienten att det kommer en kallelse till röntgen också.

Blodprov: Hb, CEA, blodgruppering och elstatus (Na, K, krea) på alla, samt HbA1c på diabetiker.

Skopi vid misstänkt kolorektal cancer

Om endoskopisten inte kan passera tumören och därmed inte kan undersöka hela kolon skall skopisten kontakta röntgen direkt, för att efterhöra om de kan vara behjälpliga med en halvakt CT-kolografi samma dag eller dagen efter. Remiss skrives direkt. Om inte röntgen kan hjälpa till inom ett dygn får en CT-kolografi beställas på sedvanligt sätt. Skall märkas med SVF. Detta är för att säkerställa att det inte föreligger en synkron tumör mer proximalt, s.k. *Clean colon*, vilket påverkar kirurgen. Ovanstående gäller såvida patienten inte företer kliniska tecken på subileus/ileus.

Om endoskopisten bedömer att tarmen inte är nog väl rengjord måste patienten snarast erbjudas en ny snabb koloskopitid enligt SVF. Hela tarmen måste vara nöjaktigt undersökt preoperativt för att inte missa en synkron tumör.

Om koloskopin inte går att genomföras p.g.a. för mycket smärta skall skopisten planera för endera en CT-kolografi istället alternativt en koloskopi i narkos. Detta för att undvika att missa en synkron tumör.

Skopisten skall vid den primära koloskopin exstirpera samtliga exstirpabla polyper direkt, och inte lämna några kvar. Om någon polyp, utöver tumören, bedöms som inexstirpabel skall det anges i skopiberättelsen. Detta för att patienten skall vara så polypfri som möjligt preoperativt eftersom det styr omfattningen av tarmresektionen.

Om polyp uppfattas inexstirpabel av oss på SkaS, men som eventuellt kan exstirperas med hjälp av ESD, TEM eller annan endoskopisk teknik skall SKOPISTEN remittera, och presentera patienten på VGRs polypkonferens. Viktigt då att bra fotografier och en kort filmsekvens är tagna under skopin. Vid fotografering tas bild både från den orala och aborala vinkeln mot polypen. Vanliga bilder och med NBI.

Om tumören är liten, eller en polyp som inte går att endoskopiskt exstirpera, så skall skopisten tatuera/bläckmarkera precis aboralt om tumören/polypen. Detta för att underlätta lokaliseringen av förändringen vid den laparoskopiska operationen senare. OBS detta görs ej på rektala polyper/tumörer.

Dessutom sätts ett clips aboralt för att underlätta lokaliseringen på CT. OBS sätt ej clips på rektosigmoidala övergången och rektum då dessa kan störa MR bildtagningen.

Relaterad information

Mall för rtg-remiss CT thorax/buk koloncancer

Frågeställning: TNM-stadium? Överväxt?

Kliniska upplysningar: Patient med... (plats för viktiga sjukdomar eller tidigare operationer) Nyupptäckt coloncancer i...? (ex caecum, sigmoideum etc). Tacksam preop bedömning. Märk remissen med SVF.

Kopia till Kir mott Skaraborgs sjukhus Skövde resp Lidköping (dit man skickat kirurgremissen)

Mall för rtg-remiss: CT thorax/buk rektalcancer

Frågeställning: Metastaser? (Alternativt M-stadium?)

Kliniska upplysningar: Patient med... (plats för viktiga sjukdomar eller tidigare operationer) Nyupptäckt rektalcancer ca X cm från anus.

Tacksam preop bedömning. Märk remissen med SVF.

Kopia till Kir mott Skaraborgs sjukhus Skövde.

Mall för rtg-remiss MR rektalcancer

Frågeställning: T- och N-stadium?

Kliniska upplysningar: Patient med... (plats för viktiga sjukdomar eller tidigare operationer) Nyupptäckt rektalcancer ca X cm från anus.

Tacksam preop bedömning.

Kopia till Kir mott Skaraborgs sjukhus Skövde.

Arbetsgrupp

Läkarna Lars Johansen, Per-Anders Larsson, Tina Sjöskog, Urban Ersson, Björn Frisk, Karl Nilsson och kontaktsjuksköterskorna Anna Johansson och Karin Hassel.

Käll- och litteraturförteckning

- Beskrivning av SVF kolorektal cancer:
[Standardiserat vårdförlopp tjock- och ändtarmscancer - Regionala cancercentrum i samverkan](#)
- Kortversion av SFV kolorektal cancer för primärvården:
[Tjock- och ändtarmscancer](#)
- Vårdprogram kolorektal cancer:
[Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Robert Dahlberg, (robda), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-29

Version: 10.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2028-03-19