

Gäller för: VE Akutmott Ambulans, VE Kir Uro Pall Onkologi

Giltig från: 2025-03-25

Innehållsansvar: Björn Frisk, (bjofr6), Överläkare

Giltig till: 2027-03-25

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

# Kolecystit – akut

## Revideringar i denna version

Justering av val av antibiotika

## Bakgrund, syfte och mål

Vanligaste orsaken till akut kolecystit (>90 %) är att gallsten sätter sig i utloppet och obstruerar utflödet från gallblåsan. Den avstängda gallblåsan kan efter hand infekteras med tarmbakterier. I enstaka fall kan gallblåsan infekteras med gasbildande bakterier som ger ett hastigt och fulminant förlopp.

Akut kolecystit förekommer även utan klar obstruktion av gallblåsan och benämns då akalkulös kolecystit där orsakerna är mer osäkra. Associeras med brännskador, intensivvård, trauma, större kirurgi etc. Har ofta ett mer akut och fulminant förlopp.

## Avgränsningar

Börjar oftast som en attack av gallstenskolik som inte ger med sig utan fortsätter. Flertalet har tidigare haft känd gallstenskolik. Smärtan strålar ofta till ryggen och kombineras inte sällan med illamående och kräkning. Ont vid djupandning och tydlig smärta vid palpation under höger arcus.

Ibland påverkade leverprover men inte säkert. Vid kraftigt stegrad bilirubin är det troligt med koledochussten.

Diagnoskriterier (K80.0, K81.0, K81.8, K81.9)

Diagnosen akut kolecystit är uppfylld om något av kriterierna i samtliga kriteriegrupper är uppfyllda (A+B+C)

- A. Palpationssmärta/resistens i buken under höger revbensbåge.
- B. (1) Feber, (2) stegrad CRP eller (3) förhöjd LPK
- C. Typiska radiologiska fynd på antingen Ultraljud, datortomografi (CT) eller magnetröntgen (MR)

## Förberedelser

- Klinisk undersökning
- Mätning av blodtryck, andningsfrekvens och saturation
- Provtagning vid inkomst: Blodstatus, N/L-Kvot, S-ASAT, S-ALAT, S-ALP, S-Bilirubin, S-Amylas, S-CRP, S-Na, S-K, S-Ca, S-Kreatinin, S-Albumin
- EKG
- 1: a hand; Ultraljud av lever och gallvägar om inte kända gallstenar
- 2: a hand; CT buk med kontrast, framför allt vid kliniskt svårbedömda fall

## Arbetsbeskrivning

- Inläggning
- Kontroller enl. NEWS2, för att tidigt hitta patienter som är på väg att utveckla bakteremi och sepsis
- Initialt fasta och intravenös vätska tills diagnosen är klar
- Smärtlindring med i första hand NSAID alternativt opioider v.b.
- Antibiotika ges till alla med feber eller begynnande septisk påverkan.  
I första hand Piperacillin/Tazobactam 4g x 3 eller vid peroral behandling antingen Amoxicillin/Klavulansyra 875/125 mg x 3 eller Ciprofloxacin 500 mg x 2.

Vid tecken på septisk påverkan, (N/L-kvot >15 och Laktat >3,5mmol/L) obligat med odling och snabbt insatt antibiotika. Hos framför allt äldre förekommer inte sällan svår sepsis utan feber.

### **Operativ behandling (JKA20, JKA21, TJK00, TJK01).**

Samtliga patienter skall erbjudas akut laparoskopisk kolecystektomi med erfaren operatör tillgänglig så snart som möjligt (helst inom 72 tim).

I undantagsfall kan patienten handläggas konservativ, vid omfattande komorbiditet (ASA 4) där patienten bedöms som aldrig operabel eller kort förväntad överlevnad.

Vid septisk påverkan är tidigt insatt antibiotikabehandling samt akut kolecystektomi livräddande.

Vid kolecystektomi bör, om inte förr, en dos antibiotikaproylax ges (Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg + Metronidazol 1 g iv).

Postoperativt insätts trombosproylax vid öppen operation

Peroperativ kolangiografi skall eftersträvas för att påvisa koledochussten och klarlägga anatomin.

Vid stegrade bilirubinvärden eller fynd av koledochussten bör operationen ske vid enhet som kan åtgärda koledokussten vid samma operationstillfälle.

Konvertering till öppen operation bör inte göras innan diskussion med erfaren kirurg om inte pågående blödning, framför allt inte på äldre och svaga patienter.

### **Konservativ handläggning**

Om inte kolecystektomi utförs under vårdtiden ska patienten som regel inte opereras planerat heller om inte samsjuklighet eller orsaken till att akut operation inte genomfördes har åtgärdats och då efter 6-10 v.

Konservativ behandling består av;

- Antibiotika enligt ovan, men oftast förlängd i samband med hemgång
- Smärtlindring med NSAID om inga kontraindikationer
- Försiktig peroral kosttillsförsel
- Intravenös vätska v.b.
- Vid utebliven förbättring trots allt kolecystektomi efter diskussion med övre gastrokirurg.

Perkutan transhepatisk kolecystostomi.

Finns som nödlösning men skall undvikas i det längsta p.g.a. ökad mortalitet jämfört med laparoskopisk operation även på svårt sjuka och då som ”bridge to surgery” i samtliga fall.

Perkutan punktion av gallblåsan ultraljudslett med inläggande av pigtaildränage. Punktionen skall göras genom leverparenkymet för att möjliggöra avlägsnande efteråt. Vid flöde av galla i dränaget efter 3-4

veckor beställs kolangiografi via dränet. Visar den flöde till tarmen kan dränet stängas i 2-3 dagar och sedan dras. Har patientens funktionsstatus förbättrats sedan akuta vårdtillfället bör kolecystektomi övervägas elektivt liksom även när dränet inte kan avlägsnas.

Ska patienten aldrig opereras oavsett kan EUS-ledd intern dränering vara ett alternativ.

## Uppföljning

Inget återbesök är nödvändigt i regel. Kan i selekterade fall finnas behov av diskussion kring operationsindikation vid komplicerade fall.

## Käll- och litteraturförteckning

1. Sutton, A. J. *et al.* Cost-effectiveness of emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder pathology. *Brit J Surg* **104**, 98–107 (2017).
2. Loozen, C. S., Ramshorst, B. van, Santvoort, H. C. van & Boerma, D. Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Digest Surg* **34**, 371–379 (2017).
3. Blohm, M. *et al.* The Sooner, the Better? The Importance of Optimal Timing of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Data from the National Swedish Registry for Gallstone Surgery, GallRiks. *J Gastrointest Surg* **21**, 33–40 (2017).
4. Costa, D. W. da *et al.* Cost-effectiveness of same-admission versus interval cholecystectomy after mild gallstone pancreatitis in the PONCHO trial. *Br J Surg* **103**, 1695–1703 (2016).
5. Menahem, B. *et al.* Delayed laparoscopic cholecystectomy increases the total hospital stay compared to an early laparoscopic cholecystectomy after acute cholecystitis: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Hpb* **17**, 857–862 (2015).
6. Loozen, C. S. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. *Bmj* **363**, k3965 (2018).
7. Pisano, M. *et al.* 2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population. *World J Emerg Surg* **14**, 10 (2019).
8. Yokoe, M. *et al.* Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-bil-pan Sci* **25**, 41–54 (2018).
9. Lengyel, B. I. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy after a quarter century: why do we still convert? *Surg Endosc* **26**, 508–513 (2012).

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Akutmott Ambulans, VE Kir Uro Pall Onkologi

**Innehållsansvar:** Björn Frisk, (bjofr6), Överläkare

**Godkänd av:** Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9710-1396384072-4

**Version:** 12.0

**Giltig från:** 2025-03-25

**Giltig till:** 2027-03-25