

Gäller för: VE Akutmott Ambulans, M2 gamla VE, VE Kir Uro Pall Onkologi

Giltig från: 2025-03-05

Innehållsansvar: Bengt Orrenius, (benor), Processchef

Giltig till: 2027-03-05

Granskad av: Bengt Orrenius, (benor), Processchef

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

# Akut kolangit - handläggning

## Revideringar i denna version

Justering antibiotikados

## Bakgrund, syfte och mål

Behandlingsanvisningar för patient med konstaterad eller misstänkt kolangit.

## Förutsättningar

Konstaterad eller misstänkt kolangit som skall behandlas.

## Arbetsbeskrivning

### Etiologi

Obstruktiv kolangit orsakas av att bakteriekoloniserad galla obstrueras i sitt flöde ut i tarmen. Den vanligaste orsaken är koledokussten. Andra vanliga orsaker är maligna, benigna eller iatrogena strikturer, främmande material i gallvägarna såsom stentar efter ERCP (Endoskopisk Retrograd Cholangiopankreatografi) eller PTC (Perkutan Transhepatisk Cholangiografi). Det kan förekomma flertalet olika bakterier i gallvägarna men de som det oftast handlar om är E coli (Escherichia coli), Klebsiella och enterokocker, men det förekommer även flera andra och ofta flera olika samtidigt. I blododlingsvar förekommer oftast E. coli.

### Symtom

Uppvisar patienten buksmärta, ikterus och feber är diagnosen ofta klar men kanske så mycket som 75% av patienter med kolangit uppvisar inte hela triaden, utan bilden är mer komplicerad.

Framför allt hos äldre kan symptomen vara mycket svårfångade, där kan

konfusion, hypotermi, fall i hemmet eller allmän svår sjuklighet vara dominerande symtom, men som senare visar sig vara kolangit.

Det förekommer ofta stegrad S-amylas hos patienter med akut gallvägshinder. Är dock inte säkert att patienten utvecklar reell pankreatit utan är endast tecken på obstruktion i papillen.

Patienter med gallvägssten och samtidig feber/nedsatt AT behandla såsom vid kolangit tills motsatsen bevisats.

## **Diagnos (K80.3, K83.0 samt vid samtidig sepsis R65.1 el. septisk chock R57.2)**

### Diagnoskriterier

Ett kriterium i vardera A resp. B och C skall vara uppfyllda. Vid 2 av 3 misstänks diagnosen.

#### A. Systemisk inflammation

- I. Feber och/eller frossa även anamnestiskt (kan även ha hypotermi)
- II. Stegrade inflammationsprover (inte alltid hunnit ändras, N/L-kvot?)

#### B. Kolestas

- I. Ikterus ( $>34\mu\text{mol/l}$ )
- II. Stegrade leverprover (ALP, gamma-GT, ASAT eller ALAT stegrad högre än 1,5 övre ref.gräns)

#### C. Radiologiskt diagnostik

- I. Vidgade gallvägar
- II. Etiologiskt fynd vid radiologisk diagnostik (sten, striktur, tumör etc.)

## **Utredning**

När patienten kommer in i bild av sepsis, skall initialt omhändertagande inriktas på sepsisbehandling, innefattande bred provtagning, odlingar och tidigt med bredspektrumantibiotika samt rikligt med intravenös vätska. Mätning av blodtryck, andningsfrekvens och saturation samt kontroller enligt NEWS2.

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 och vB-Laktat. Blod- och urinodling. EKG.

Vid oklar sepsis med misstänkt bukfokus; DT buk med kontrast. Bra för att utesluta en del differentialdiagnoser.

Vid klar misstanke om gallvägsgenes; Akut ultraljud av lever och gallvägar.

Vid känd sjuka, individuell utredning (känd malignitet, stentar osv).

## **Behandling**

Vid N/L-kvot över 15 eller vB-Laktat  $>3,5$  skall omgående adekvat antibiotika påbörjas.

- Odlingar
- Tidig intravenös antibiotika, Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 i v eller Amoxicillin/Klavulansyra 875/125 mg x 3 p.o.
- Inläggning
- Fasta och frikostigt med intravenös vätska.
- Upprepade kontroller av vitalparametrar, frikostigt med vB-Laktat-kontroll
- Vid svår sepsis och utebliven effekt av antibiotika; akut gallvägsavlastning med ERCP (inom 24 tim)
- I första hand kolecystektomi med rendez-vous ERCP.
- Vid svårigheter med ERCP, antingen PTC eller öppen operation med koledokotomi och dränage samt vid kvarvarande gallblåsa kolecystektomi.
- Perkutan transhepatisk dränage av gallblåsan vid öppetstående ductus cysticus.

Om svarar på medicinsk behandling samt gallstensgenes bör patienten kolecystektomeras innan hemgång med ev. ERCP eller koledokusexploration vid behov.

### **Uppföljning**

Om framgångsrik endoskopisk behandling kan behovet av kolecystektomi diskuteras. Men grundregel är att alla som går att söva ska gallopereras.

Vid annan orsak än koledokussten får handläggningen individualiseras beroende på genes.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Akutmott Ambulans, M2 gamla VE, VE Kir Uro  
Pall Onkologi

**Innehållsansvar:** Bengt Orrenius, (benor), Processchef

**Granskad av:** Bengt Orrenius, (benor), Processchef

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

**Dokument-ID:** SKAS9710-1396384072-54

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2025-03-05

**Giltig till:** 2027-03-05