

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Tomas Manke, (tomma4), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-04-29

Giltig till: 2026-08-31

Kolecystektomi – elektiv

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet med mindre uppdateringar

Bakgrund, syfte och mål

Gällande rutiner/indikationer kring galloperation både akut, inneliggande och polikliniskt.

Förutsättningar

Patient med indikation för kolecystektomi, se nedan.

Arbetsbeskrivning

De flesta patienter med gallsten är och förblir asymtomatiska. Endast 10–30 % av individer med gallblåsesten behöver opereras. I första hand väljer man i så fall att göra en laparoskopisk kolecystektomi som i regel genomförs som en dagkirurgisk operation. Kan i enstaka fall vara aktuellt med inneliggande vård. Se styrdokument ”Kolecystektomi-poliklinisk, laparoskopisk”.

Indikationer

Pågående/tidigare akut kolecystitepisod (görs helst akut)

Gallstensorsakad pankreatit (Görs helst akut)

Känd koledokussten (med samtidig ERCP) bör åtgärdas skyndsamt

Porslinsgallblåsa (gör CT innan då ev. malignitet)

Gallblåsepolypp över 10 mm eller vid 5 mm och tillväxt; utreds enligt SVF Gallblåsecancer

Frekventa gallstensanfall – Relativ indikation

Operationsplanering

Alltid laparoskopisk kolecystektomi om inte omfattande bukadherenser förväntas. Då bör även operationsindikationen värderats mot riskerna.

I regel planeras elektiva patienter för poliklinisk operation, se styrdokument ”Kolecystektomi- poliklinisk, laparoskopisk”.

Vid behov av ineliggande vård till Skövde eller Lidköping.

Gastric Bypass-opererade skall i regel opereras med tillgång till kompetens att inspektera och sluta slitsar vid behov. Frikostigt med MRCP innan operation.

Gravida opereras i Skövde

Vid misstanke om koledokussten i första hand operation i Skövde med ERCP-beredskap. Kan med rätt kompetens på plats opereras i Falköping.

Utredning

Ultraljudsundersökning som bekräftar gallstenssjuka skall finnas (räcker med 1 ultraljud om verifierad stenförekomst). DT eller MR kan också påvisa gallsten och då behövs inget ultraljud.

Vid enbart gallstensanfall, fundera på om det verkligen är gallstenarna som är problemet, om tveksamt ytterligare utredning av buksmärta.

Provtagning – Leverstatus, Hb.

Preoperativa förberedelser

Provtagning – Leverstatus samt blodgruppering vid inläggning, i övrigt efter ordination.

EKG >60 år eller anamnes på hjärtsjukdom.

Trombosprofylax? – inget i normalfallet

Antibiotikaprofylax? – eventuellt vid pågående kolecystit och stasikterus

Remiss för peroperativ kolangiografi

Mediciner – preparat mot epilepsi, astma, beta- eller kalciumblockerare tas operationsdagens morgon med lite vatten. Perorala antidiabetika, insulin och ACE-hämmare sätts ut operationsdagen.

Trombocytageragationshämmare sätts ut upp till 5 dagar innan. (Konsultera kardiolog vb) ASA eller Klopido-rel i singelbehandling kan kvarstå.

Waran och NOAK sätts ut inför operationen. Kontakt med AVK mottagning kring ordination.

Postoperativa ordinationer

Fri mobilisering

Inga kostrestriktioner

Smärtlindring med i första hand paracetamol och NSAID.

Postkolecystektomibesvär

Fortsatta besvär – fel diagnos, lider av andra besvär så som dyspepsi, colon irritabile, ulcus, gastroesofageal reflux.

Diarré – oftast övergående. Om inte prova med Questran eller Dimor.

Kvarvarande koledochussten? – MRCP

Uppföljning

Ingen sjukskrivning vid planerad laparoskopisk operation – får sjukskriva sig själv upp till en vecka.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Inget planerat återbesök – patienten får frikostigt höra av sig vid besvär.

Ingen suturtagning – såren sutureras med resorberbar sutur.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Kir Uro Pall Onkologi

Innehållsansvar: Tomas Manke, (tomma4), Överläkare

Godkänd av: Jenny Berg, (jenbe), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9710-1396384072-61

Version: 11.0

Giltig från: 2026-04-29

Giltig till: 2026-08-31