OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals
Innehållsansvar: Liselotte Walsund, (liswa21), Specialistläkare
Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef
Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-08-31
Giltig till: 2028-08-31

Främmande kropp i esofagus

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetsdatum samt uppdatering av länkar

Bakgrund, syfte och mål

Främmande kropp (FK) i esofagus är en vanlig diagnos och kan bestå av föremål (trubbiga eller vassa) eller föda (med eller utan ben). Det är viktigt med korrekt behandling för att förebygga komplikationer. Syftet med riktlinjen är att ge en översyn gällande handläggning av olika FK.

Sann FK drabbar ofta barn medan matbolus (mat utan ben) framförallt drabbar vuxna. Vuxna med sann FK har ofta kognitiva nedsättningar eller medvetet intagit FK. Män drabbas nästan dubbelt så ofta som kvinnor av matbolus och risken ökar med åldern. 80 - 90 % av FK passerar spontant och upp till 57 % av matbolus.

FK fastnar oftast vid snävare delar av esofagus. Underliggande patologi finns hos upp till 75 % av patienter med matbolus, vanligast eosinofil esofagit eller strikturer. Ovanligare diagnoser är esofagusmalignitet, refluxesofagit och hiatushernia.

Vanliga symtom är obehag eller tryckkänsla i bröstkorgen, dysfagi, smärtsam sväljning, hulkningar, kräkningar och andningsbesvär. Andningsbesvären beror oftast på aspiration av saliv eller föda. Vid totalstopp i esofagus kan patienten drabbas av hypersalivation och ha svårigheter att svälja vätska, inklusive sin egen saliv. Även om matbolusen har passerat kan vissa patienter ha en kvarvarande känsla av främmande kropp under flera timmar. Korrelationen mellan var patienten har besvär och var den främmande kroppen finns är dålig, förutom om den är lokaliserad i nivå med cricopharyngeusmuskeln eller ovan denna. Barn kan även matvägra eller vara helt symtomfria.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Förutsättningar

Ansvar

ÖNH-kliniken är primärt ansvarig för patienter med FK i esofagus. Vid perforation av esofagus konsulteras Kirurgkliniken för diskussion kring vidare handläggning (se Styrdokument ”Perforation av esofagus”) Om FK befinner sig i ventrikeln eller distalt om denna handläggs patienten via Kirurgkliniken.

Avgränsningar

Dokumentet är avsett för läkare som kommer i kontakt med patienter med FK i esofagus.

Förberedelser

Lab

Labprover utefter individuell bedömning av patienten. Generellt förslag:

Okomplicerad matbolus som släpper spontant: Inga lab-prover behövs.
Patient som läggs in, inkl barn: Blodstatus, CRP, elstatus.

Arbetsbeskrivning

Anamnes

Tidpunkt för FK? Typ av FK? Medveten/omedveten handling (självskada)? Symtom? Första/upprepade tillfällen? Övriga sjukdomar och läkemedel?

Klinisk undersökning

Allmäntillstånd: Andningsbesvär? Svårigheter att svälja sin saliv? Saturation?

Lungor: Tecken till aspiration?

MoS: Inspektion av oro- och hypofarynx/larynx

Symtom som talar för perforation: Smärta, feber, tachycardi, peritonit, subkutana emfysem, svullnad över hals eller bröstkorg?

Åtgärd

En individuell bedömning av patientens allmäntillstånd och typ av FK måste alltid ske inför ställningstagande hur snart och var åtgärd bör ske. Rekommendationerna nedan är generella och kan inte ersätta den kliniska bedömningen. Vid utvalda tillfällen (matbolus) kan det vara aktuellt med något längre aktiv exspektans än 24h.

Vid besvär i nivå med cricopharyngeus kan rigid skopi vara fördelaktigt pga bättre insyn än vid flexibel endoskopi. Distalt om denna nivå kan flexibel endoskopi vara fördelaktigt och är förenat med mindre risk för perforation. Denna rekommendation ska ställas i relation till erfarenhet och preferenser hos operatören.

FK och tid till åtgärd

Typ av FK	Vuxna	Barn
Matbolus	<24h. Vid uttalade symtom, inom 2-6h	<24h. Vid uttalade symtom inom 2-6h
Vassa FK	<2-6h	<2-6h Vid symtom inom 2h
Magneter	<24h Vid symtom eller multipla inom 2-6h	<24h Vid symtom eller multipla inom 2h
Knappcellsbatterier	Urakut	Urakut
Mynt	<24h Vid symtom inom 2-6h	<24h Vid symtom inom 2h
Långa objekt >5-6cm	<24h Vid symtom inom 2-6h	<24h Vid symtom inom 2-6h

Matbolus

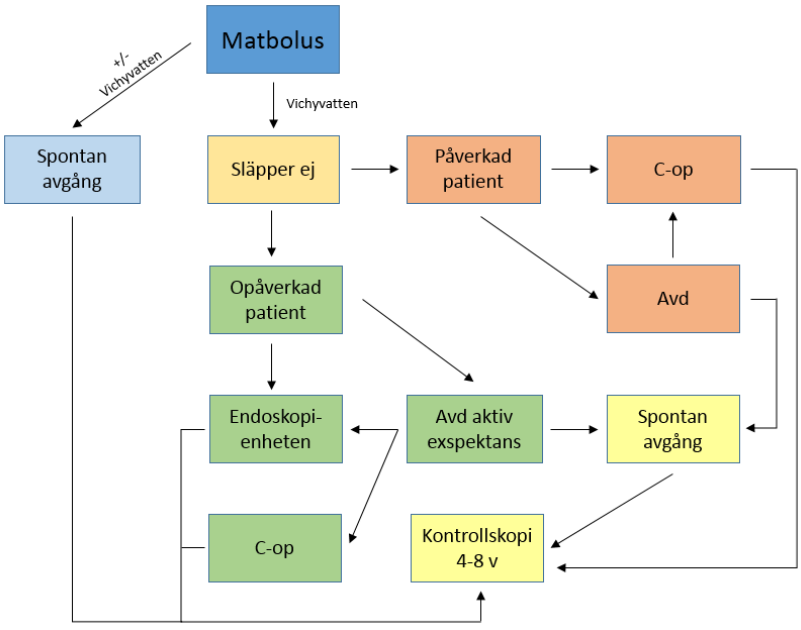
- Som första åtgärd testas Vichyvatten där kolsyran kan få matbolusen att släppa. Patienten ska dricka stora klunkar, om möjligt en hel flaska. Denna åtgärd kan startas under väntetiden till läkarbedömning. Om matbolusen släpper spontant och patienten mår bra krävs ingen ytterligare åtgärd akut. Remiss skickas för uppföljande gastroskopi på Endoskopienheten inom 4-8v.
- Om stoppet inte släpper och patienten är väsentligen opåverkad läggs patienten in under aktiv exspektans (ofta över natten om patienten söker sen em eller kväll) med ytterligare Vichyvatten och ev Stesolid (supp eller iv). Ny bedömning vid behov eller vid nästa rond. Under kontorstid finns möjlighet till åtgärd på Endoskopienheten (telefonkontakt), annars sker åtgärd på C-op. Då komplikationsrisken gällande perforation ökar och chansen till lyckad åtgärd minskar om stoppet kvarstår >24 timmar bör åtgärd ske inom rimligt tidsspann utifrån detta.
- Om patienten har uttalade besvär som talar för komplett obstruktion ska patienten åtgärdas akut på C-op helst inom 2 timmar, men senast inom 6 timmar från stoppet i esofagus pga risken för aspiration.
- Ingen röntgenundersökning krävs vid mjuk matbolus hos vuxna utan misstanke om komplikation.

- Barn: Överväg röntgenundersökning med vattenlöslig kontrast för att identifiera obstruktion. Samma tidsgränser som vuxen, men alltid åtgärd på C-op.

Teknik:

Tekniken som rekommenderas vid matbolus och flexibel endoskopi är en så kallad ”push technique”. Matbolusen puttas ner i ventrikeln med ett lätt tryck tillsammans med luftinsufflation. Denna teknik lyckas i 90 % av fallen och komplikationerna är få, men ska avbrytas om det uppkommer ett tydligt motstånd. Då gastroesofageala övergången är vinklad åt vänster så kan trycket lämpligen placeras på matbolusens högra sida för att möjliggöra en lättare och säkrare passage till ventrikeln. Om matbolusen är stor kan denna delas med hjälp av instrument via gastroskopet och därefter puttas ned i omgångar. Extraktion, med flexibel eller rigid teknik, är lämpligt då matbolusen inte går eller bör puttas ned, tex vid vasst innehåll eller då det finns en signifikant striktur distalt. Diverse snaror, nät, korgar och fattningstänger utefter operatörens preferenser kan användas för att uppnå önskad effekt.

Px-tagning eller dilatation av striktur eller Schatzki-ring kan göras efter att matbolusen avlägsnats om mukosan inte har någon betydande skada. Om det föreligger skavsår eller erytem i området bör patienten förskrivas PPI fram till fortsatt uppföljning.



Utskrivning: Vid okomplicerad åtgärd med flexibel endoskopi kan patienten skrivas hem samma dag. Vid komplicerad åtgärd, rigid endoskopi eller dilatation bör patienten observeras över natten. Innan hemgång ska patienten kunna försörja sig po och informeras att åter söka

vid tillkomst av feber eller smärta i rygg/bröstkorg. Detta gäller även barn.

Uppföljning: Om inkomplett undersökning primärt, beställs en uppföljande gastroskopi inom 4-8 v för att kartlägga ev underliggande patologi. Gällande barn skickas remiss till Barnmedicin för uppföljning.

Sann främmande kropp

Åtgärd bör ske på C-op för möjlighet till både flexibel och rigid teknik. Användning av laryngoskop och Magills tång kan vara ett alternativ vid FK ovan eller i nivå med cricopharyngeusmuskeln.

- **Vassa FK:** Akut åtgärd. Vassa objekt har en perforationsrisk på upp till 35%. Vid behov kan slätröntgen eller DT genomföras. På slätröntgen kan oftast sanna FK och större ben ses. Oftast syns inte fisk- och kycklingben, trä, plast, glas eller tunna metallobjekt. Om negativ röntgen men kvarstående hög misstanke om FK gå vidare till endoskopi. Extraktion görs oftast säkrast med rigid teknik med den vassa änden släpandes. Tex nål, tandpetare, ben, säkerhetsnål, glasbit, rakblad, tandbrygga.

- **Batterier:** Urakut åtgärd. Omedelbar röntgen för att kontrollera läge. Ge honung 2 tsk var 10:e minut, andra hand sylt tills åtgärd/bekräftande av annat läge än esofagus. Knappcellsbatterier kan snabbt orsaka skador i esofagus med perforation eller fistel pga trycknekros, kemisk skada eller elektrisk urladdning. Skadan kan fortgå även efter avlägsnande varför uppmärksamhet gällande komplikationer är av största vikt. Knappcellsbatterier >15mm har en ökad risk för att fastna i esofagus. Cylindriska batterier är ovanligare och ger mindre skador. Hörapparatsbatterier som säkert är zink-luft har mycket lägre skaderisk än övriga. För detaljerad info, se Giftinformationscentralen hemsida.

- **Magnet:** Åtgärd inom 24h vid enkel magnet. Vid multipla magneter eller magnet i kombination med metall akut åtgärd. Vid enkel magnet hos barn kan exspektans övervägas med upprepad röntgenundersökning efter diskussion med kirurgen. Föräldrautbildning kring att undvika magnetiska föremål, andra magneter och metallföremål i barnets närmiljö om exspektans.

- **Övriga FK:** Åtgärd inom 24h. Tex mynt, knapp, leksak. Röntgen kan ske för att bestämma lokalisation, typ av FK, antal och storlek. Vid mynt och om det förlöper en längre tid mellan första röntgen och åtgärd kan det vara lämpligt att förnya röntgen innan åtgärd då upp till 25 % av mynten passerar spontant inom 8-16 timmar. Vissa tabletter löser upp sig i mindre

uträckning än andra och kan kräva åtgärd tex Alendronat, järnsalter, kaliumklorid, propranololklorid, klindamycin, doxyferm och creon (Personlig kommunikation).

- **Negativ röntgen:** Exspektans för asymtomatiska vuxna. Om ihållande esofageala symtom bör akut endoskopi genomföras (inom 24h från stoppet). Hos asymtomatiska barn behövs ingen ytterligare röntgenundersökning om FK har benigna karakteristiska (<2cm, inte vass eller lång, inte batteri eller magnet), om barnet har observerats en stund och kan äta och dricka normalt. Hypofarynx/esofagusröntgen med vattenlöslig kontrast (ej barium) kan vara ett alternativ vid icke röntgentät FK, ibland kan luft/vätskenivå ses. DT kan vara ett alternativ i utvalda fall. Vid misstanke om vass FK ska endoskopi genomföras trots negativ röntgen.

Utskrivning:

Vid okomplicerad åtgärd med flexibel teknik kan patienten återgå till hemmet. Hos övriga patienter bör en individuell bedömning ske. Patienter med multipla FK eller FK som är associerade med högre komplikationsrisk (vassa FK, batterier, magneter, stora objekt >5-6 cm) samt vid större skada i mukosan bör observeras inneliggande. Vid behov uppföljande blodprover. Innan hemgång ska patienten kunna försörja sig och informeras att åter söka vid tillkomst av feber eller smärta i rygg/bröstkorg. Vid magneter, se ovanstående stycke.

Uppföljning:

Oftast krävs ingen planerad uppföljning, dock individuell bedömning.

Komplikationer

- Vid misstanke om aspirationspneumoni – Provtagning? Slätröntgen/DT thorax? Antibiotika?
- Vid misstanke om perforation med eller utan mediastinit – se styrdokument ”Perforation av esofagus”.
- Fistelbildning eller perforation till trachea – akut kontakt med SU samt Kirurgkliniken SkaS.
- Barn: Kirurgkliniken samt Barnkirurgen SU vid behov.

Relaterad information

Styrdokument ”Perforation av esofagus”.

Riktlinjer FK vuxen (ESGE): 13638 1..8 (esge.com)

Riktlinjer FK barn (NASPGHAN): Thomson (naspghan.org)

Undertecknad samt processchef på ÖNH-kliniken ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i riktlinjen.

Käll- och litteraturförteckning

- Birk M, Bauerfeind P, H. Deprez P, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy 2016; 48(05): 489-496
- Longstreth GF, Longstreth KJ, Yao JF. Esophageal food impaction: epidemiology and therapy. A retrospective, observational study. Gastrointest Endosc. 2001 Feb;53(2):193–8.
- Gretarsdottir HM, Jonasson JG, S. Björnsson E. Etiology and management of esophageal food impaction: a population based study. Scand J Gastroenterol. 2015 Maj;50(5):513-8.
- Ko HH, Enns R. Review of food bolus management. Can J Gastroenterol. 2008 Oct;22(10):805-8.
- Connolly AA, Birchall M, Walsh-Waring GP, Moore-Gillon V. Ingested foreign bodies: patient-guided localization is a useful clinical tool. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1992 Dec;17(6):520-4.
- Smith MT, Wong RK. Esophageal foreign bodies: types and techniques for removal. Curr Treat Options Gastroenterol. 2006 Feb;9(1):75-84.
- Walsund L. Matbolus på Endoskopienheten – ett nytt arbetssätt. Skövde; 2019 [citerad 2019 Maj 10]. Tillgänglig efter kontakt: liselotte.walsund@vgregion.se
- Kramer RE, Lerner DG, Lin T, Manfredi M, Shah M, Stephen TC, et al. Management of ingested foreign bodies in children: a clinical report of the NASPGHAN Endoscopy Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015 Apr;60(4):562-74.
- Kubba H, Spinou E, Brown D. Is same-day discharge suitable following rigid esophagoscopy? Findings in a series of 655 cases. Ear Nose Throat J. 2003 Jan;82(1):33-6.
- Triadafilopoulos D. Ingested foreign bodies and food impactions in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [uppdaterad 2018-10-04; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: 13638 1..8
- Gilger M, Jain A. Foreign bodies of the esophagus and gastrointestinal tract in children. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019 [uppdaterad 2019-02-14; citerad 2019-05-04]. Hämtad från: Thomson
- Giftinformationscentralen. Batterier [Internet]. Solna. 2024-09-04 [citerad 2025-06-19]. Hämtad från: https://giftinformation.se/lakare/substanser/batterier/

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Liselotte Walsund, (liswa21), Specialistläkare

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9726-2054514065-10

Version: 6.0

Giltig från: 2026-08-31

Giltig till: 2028-08-31