

Doknr. i Barium 28880	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2016-04-0520	Version 3
<b>RUTIN</b> Feokromocytom			
<b>Innehållsansvarig:</b> Olof Ehn, Koordinator, Avdelning 21 (oloeh) <b>Godkänd av:</b> Helena Rexius, Verksamhetschef, Verksamhetsledning thorax (helre3) <b>Denna rutin gäller för:</b> Verksamhet Medicin Sahlgrenska			

## Syfte

Att tydliggöra riktlinjer för omhändertagande av patienter med bekräftat feokromocytom.

## Arbetsbeskrivning

### Journalföring

Viktigt att uppgift om symptombild, sjukdomsduration, släktnamnes och eventuella associerade sjukdomar (MEN2, von Hippel-Lindau, neurofibromatos typ 1, etc) framkommer tydligt i journaltexten.

### Preoperativ utredning

Följande biokemiska analyser skall tas på samtliga patienter: p-kromogranin A, p-adrenalin, p-noradrenalin, p-metoxiadrenalin, p-metoxynoradrenalin, tU-metoxykatekolaminer, (tU-adrenalin och tU-noradrenalin).

Vid SDHB-relaterad<sup>1</sup> eller malign sjukdom läggs p-metoxytyramin till.

Följande biokemiska analyser behövs inte vid adenala feokromocytom: tU-VMA och tU-dopamin. Vid extraadrenala tumörer (paragangliom) är dock tU-dopamin av intresse.

Dexametason hämningstest görs alltid inför adenalektomi.

CT binjurar.

MIBG-skint alternativt Gallium-PET skall beställas för samtliga patienter för lokalisering av tumören samt för att detektera multifokal/metastatisk sjukdom. Insättning av alfablokad skall inte fördröjas i väntan på MIBG/PET.

UCG och vilo-EKG.

Genetisk screening genomförs om patienten efter noggrann information är intresserad därav. Analys av RET, VHL, SDHB & SDHD utförs på Klinisk genetik.

### Preoperativ behandling

Målet med den preoperativa behandlingen är att häva den katekolamininducerade perifera vasokonstriktionen, rehydrera patienten och sänka blodtrycket.

Behandlingen inleds med alfablokad (doxazosin, Alfadil®) i upptrappande dos. Det finns ingen exakt maxdos som gäller för alla patienter med feokromocytom utan dositeringen skall vara individanpassad. Det finns således intraoperativa risker med både för låg och för hög dos. Vanlig start dos är 4 mg x1 som kan höjas med 4 mg åt gången var annan till var tredje dag. En minimal dos är 4 mg x2. Så länge som patienten tål behandlingen och blodtryck i stående inte är lägre en 90/60 kan dosen ökas med 2-4 mg åt gången. OBS! Betablokad är kontraindicerat vid feokromocytom om patienten inte är adekvat alfablokerad.

Patienten uppmanas till rikligt vätskeintag. När den perifera vasokonstriktionen släpper kan adekvat rehydrering observeras som något till några kilos viktuppgång.

Vid upptitrering av doxazocin kontrolleras

- Blodtryck i både liggande och stående 2 gånger dagligen.
- Vikt dagligen.

Doknr. i Barium 28880	Giltigt fr.o.m 2016-04-05	Version 3
--------------------------	------------------------------	--------------

## RUTIN Feokromocytom

- Biverkningsprofil.

### Kontakt och remisser

- Operation eftersträvas inom 2 veckor efter att patienten är utredd och har fått adekvat förbehandling.

Vid inskrivning skrivs remiss till röntgen för granskning på binjurerond av tillgängligt bildmaterial och för planering av definitiv terapi.

Första dagarna efter inskrivning tas telefonkontakt med Bo Wängberg eller Andreas Muth som skall informeras om patienten.

### Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som arbetar på avdelning 21.

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och efterföljs.

### Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för regelbunden uppföljning och utvärdering av verksamhetens rutiner.

Revideringsansvarig är innehållsansvarig eller dennes av Vårdenhetschef utsedd ersättare.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient.

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

### Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

### Referenser

<sup>1</sup> Patienter med mutation i SDHB-genen (Succinate dehydrogenase subunit B), har ökad risk för framför allt paragangliom. Majoriteten av patienterna har malign sjukdom vid diagnos.

### Granskare/arbetsgrupp

Oskar Ragnarsson, överläkare Endokrinologi.