

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra

Innehållsansvar: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor

Granskad av: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-01-09

Giltig till: 2027-01-09

Stentinläggning

Revideringar i denna version

Formatering ny 2023-01-05.

Detta är en ny rutin för hantering av patienter med stent vid akut eller hotande kolonobstruktion.

Syfte

Att säkra vården och hanteringen av patienter med akut obstruerande kolorektalcancer som blir aktuella för stentbehandling.

Arbetsbeskrivning

Indikation

Obstruktion av kolon på grund av en tumör i kolon eller rektum som kan åtgärdas med hjälp av stent.

Bakgrund

Vid akut obstruerande kolorektal cancer eller vid hotande obstruktion av kolorektalcancer måste strikturen förbikopplas, antingen vid akut kirurgi och då innebär det oftast en stomi, eller genom anläggande av ett stent. Stent är ett självexpanderande metallrör som införs via koloskopi in i strikturen. Det expanderar i strikturen och möjliggör passage av faeces. Akut kolorektalcancer innebär risk för högre morbiditet och mortalitet i anslutning till ingreppet jämfört med planerad kirurgi och detta måste beaktas vid val av behandling av akut obstruerande kolorektal cancer.

Indikationer för kirurgi

Ansvarig kirurg fattar beslut om vilken behandling patienten ska få och om möjligt bör kolorektalkonsult/kolorektalkirurg vidtalas. Kirurgi är

första alternativet om patienten bedöms aktuell för kurativ kirurgi men patientens peroperativa risk måste beaktas eftersom mortaliteten vid akut kolorektalkirurgi är hög, och ibland kan då beslutet bli stent även om kurativ intention föreligger ("Bridge-to-surgery). Om beslutet blir kirurgi kan patienten antingen opereras med:

1. Enbart avlastande stomi inför definitivt ingrepp och då bör tumörområdet lämnas orört så mycket som möjligt
2. Om möjlighet och kompetens (kolorektalkirurgi) finnes och patientens allmäntillstånd tillåter definitiv kirurgi direkt. Varsamhet vid anläggande av anastomos bör finnas, då akut kirurgi sannolikt ökar risken för anastomosinsufficiens.

Indikationer för stent

1. Stent är rekommenderad behandling hos patienter med malign obstruktion och palliativ situation.
2. Profylaktiskt stent kan vara aktuellt hos patienter i en palliativ situation. Bör diskuteras med kolorektalkonsult/kirurg innan beslut.
3. Profylaktiskt stent utan manifest obstruktion rekommenderas INTE för patienter med potentiellt kurativ situation.
4. Bridge-to-surgery rekommenderas till patienter med ökad risk för postoperativ mortalitet, t.ex. ASA klass III och över, ålder över 75. Detta måste individanpassas och bedömning av patientens peroperativa morbiditet och mortalitetsrisk måste ha stor betydelse vid beslut, hög risk bör göra att stent övervägs i större utsträckning. Övriga patienter bör genomgå kirurgi, i en eller två seanser.
5. Stent i höger kolon kan försökas om indikation föreligger, men det föreligger högre risk för att stentet inte fungerar
6. Stent rekommenderas INTE för patienter med annan malignitet som komprimerar kolon eller rektum utifrån. Ökad risk för stentglidning, perforation och komplikationer.

Diagnostisering av obstruerande kolorektalcancer

Patienter med obstruktion av kolorektalcancer diagnostiseras med CT buk. Vid tecken på obstruktion bör kolorektalkirurg konsulteras för val av behandling. Kontraindikation för stent är peritonit eller tecken på perforation i kolon.

Inför stent

Remiss skrives till GEA Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra. Viktigt att ange indikation och om det är palliativ situation eller bridge-to-surgery. Stäm av med GEA att de har fått remissen och att möjlig operatör finns tillgänglig. Patienten ska inte laxeras med peroral laxantia. Ge två stora klyx och vid behov komplettera med vattenlavemang. Det behövs inget trombos eller antibiotikaproylax.

Efter stent

Om patienten erhåller ett stent som bedöms som tekniskt lyckat av operatören (placerat på adekvat plats i tumören och kvittering med avföring) ska patienten bedömas av ansvarig läkare på avdelningen. Viktigt att inte missa otillräcklig klinisk effekt som kan leda till perforation av tarmen ovan obstruktionen. Palpation av magen bör ske tills att patienten är besvärsfri (ofta inom 24-36 timmar). Vid tveksamhet bör uppföljande CT buk utföras.

Medicinering

Patienten skall erhålla 2 påsar Movicol morgon och kväll efter stentinläggning för att undvika obstruktion. Patienterna skall fortsätta med detta så länge de har kvar sitt stent. Förskriv recept vid hemgång.

Uppföljning

Patienten kan hemskrivas när födointag fungerar, defekation är fungerande och det inte föreligger några buksmärter.

Säkerställ uppföljning via kirurgmottagningen eller onkologmottagningen innan hemgång (patienter med stent skall endast ha bevacuzimab efter noga övervägande pga perforationsrisk).

Se till att det finns en plan för metastasutredningen.

Om patienten inte dragits på behandlingskonferensen anmäls patienten till behandlingskonferensen.

Patienter som stentats som bridge-to-surgery kan lämpligen opereras inom 14-28 dagar efter stentinläggningen. Planering bör då ske innan patienten skrivs ut. Viktigt att beakta att det akuta tillståndet har avklingat innan planerad operation och att patienten får stöd för att återhämta sig. Ny bedömning om operabilitet bör göras innan operation.

Ansvar

Verksamhetschefen, Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och följer gällande författningar/lagar. Samtlig personal på Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska delges direktivet via verksamhetschef, vårdenhetschef och enhetschef.

Uppföljning, utvärdering och revision

Sektionschefen för Kolorektalsektionen, Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att detta dokument uppdateras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Dokumentation

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

Kunskapsöversikt

1. van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, Beets-Tan RG, DeWitt JM, Donnellan F, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Gastrointest Endosc.* 2014;80(5):747-61 e1-75.
2. Angenete E, Asplund D, Bergstrom M, Park PO. Stenting for colorectal cancer obstruction compared to surgery--a study of consecutive patients in a single institution. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(5):665-70.
3. van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B, Marinelli AW, Holzik MF, Grubben MJ, et al. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011;12(4):344-52.
4. Pirllet IA, Slim K, Kwiatkowski F, Michot F, Millat BL. Emergency preoperative stenting versus surgery for acute left-sided malignant

colonic obstruction: a multicenter randomized controlled trial. Surg Endosc. 2011;25(6):1814-21.

5. Pothuri B, Guirguis A, Gerdes H, Barakat RR, Chi DS. The use of colorectal stents for palliation of large-bowel obstruction due to recurrent gynecologic cancer. Gynecol Oncol. 2004;95(3):513-7.

Granskad

Torbjörn Swartling, överläkare, kolorektalsektionen Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Eva Angenete, överläkare och docent, kolorektalsektionen Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Rutinansvarig sjuksköterska avd 351, Verksamhetsområde Kirurgi/Område 2/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra

Innehållsansvar: Eva Angenete, (evaan33),
Överläkare/Professor

Granskad av: Eva Angenete, (evaan33), Överläkare/Professor

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-216

Version: 5.0

Giltig från: 2025-01-09

Giltig till: 2027-01-09