

Gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvar: Magnus Rizell, (magri2), Sektionschef

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-05-22

Giltig till: 2026-05-10

Benign tumör, adenom - checklista

Inrem sjukhus, klinik:

Inrem läkare:

Namn på patient:

Personnummer:

Om checklista ifylls, kan nedanstående data utlämnas i remiss.

Vid förfrågningar till Leverteamet kontakta:

Patientkoordinator 031-342 70 41

Medicinsk sekreterare 031-342 70 22

Fax 031-41 97 11

Adress: Leverteamet, Transplantationscentrum, Bruna stråket 5,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

Övriga checklistor och info: www.transplantationscentrum.se

Vilka patienter skall remitteras och när?

GALLBLÅSA

Radiologiskt påvisad **polyp** eller tumör som uppfattas som adenomatös, enligt vårdprogram, alt polyp i riskgrupp (primär scleroserande cholangit (PSC) etc). Fynd skall konfirmeras med CT alt MR med kontrast.

GALLVÄGAR

Alla polyper, alt fall med intraluminala förändringar av oklar genes.

LEVER

Cystor

Enkla, solitära eller multipla levercystor som påverkar livskvaliteten, där ställningstagande önskas till deroofing/sclerosering eller resektion. Obs diff mot cystadenocarcinom etc.

Haemangiom

Vid tveksam diagnos trots följande undersökningar: Ultraljud ger ofta typisk bild; välvgränsad, hyperekogen < 4 cm stor fokal förändring med posterior ekoförstärkning och utan Doppler-signal. Kontrastförstärkt ultraljud visar perifer, nodulär kontrastuppladdning med successiv utfyllnad mot centrum. Vid atypisk bild skall dynamisk MR-undersökning genomföras. MR undersökningen ska inkludera starkt T2-viktad sekvens med ekotid > 160 ms (vid vilken hemangiom till skillnad mot metastaser behåller hög signal). MR-us föredras framför dynamisk DT även pga hög stråldos vid DT. Om diagnos är sannolik, men inte säkerställd, kontrolleras förändringen ånyo inom 6 månader. Vid tveksamhet hos patient med underliggande malignitet efter utförd utredning bör biopsi övervägas.

Fokal Nodulär Hyperplasi (FNH); Enbart remiss om diagnos ej är säkerställd trots följande undersökningar: Ultraljud/CT med intensiv kontrastuppladdning i artärfas (89- 100 % av fallen), homogen struktur (90 %) och förekomst av ett s.k. centralt ärr (50-60 %) krävs för diagnos. Konfirmerande MR krävs innan remiss, och helst mha leverspecifik kontrast (Primovist). Det centrala ärret ses oftast bäst på T2-viktad sekvens, där det har hög signal. Kontrastuppladdning i centrala ärret i venös eller sen fas talar starkt för FNH, men krävs ej för diagnos. Tar förändringen upp leverspecifik kontrast så talar det för benign genes. Diagnos bör ifrågasättas vid en tumör > 5 cm, liksom hos patient med tidigare malignitet. Vid typisk bild utan riskfaktorer för malignitet avslutas sedan utredning. I övriga fall kontroll efter 3-6 månader innan remiss.

Adenom i levern

Eftersom adenom kan ha en malign potential skall de remitteras, efter att misstanke väckts enligt nedan:

Adenom är till skillnad från FNH oftast > 5 cm stora vid upptäckt. Små adenom har ofta ett homogent utseende men större adenom kan innehålla områden med fett, fibros, blödning eller nekros och har därför heterogent utseende. De kan ha en pseudokapsel. Förändringarna bör bli föremål för MR-undersökning med leverspecifik kontrast. Vid MR har adenom ofta

signal på T1 och T2-viktade sekvenser som föga avviker från övriga leverparenkymet. De kan ha sänkt signal på T1-viktad sekvens ur fas beroende på fettinnehåll. De har ofta lätt kontrastuppladdning i artärfasen med isoattenuering i sen fas men de kan ha viss wash-out i sen fas. Kontrastuppladdning i leverspecifika fasen talar för benigna lesioner men kan ibland ses även vid högt differentierade HCC. Differentialdiagnosen står således främst mot HCC i icke-cirrotisk lever men i vissa fall även mot hypervaskulära levermetastaser och vid misstanke på adenom efter MR-undersökningen bör patienten remitteras.

Anamnes/aktuell sjukdom	
Debutsätt (symtom, surveillance, en passant)	
Allmäntillstånd (ev inkl ECOG)	
Övriga sjukdomar (obs tidigare leversjukdom, inflammatorisk tarmsjukdom etc)	
Kontraindikation MR (ex pacemaker)	
Mediciner (obs, glöm ej antikoagulantia!)	
Blodprov (medsänd kopior)	
Blodstatus	
Leverstatus inkl albumin	
Koagulationsstatus (PK, APTT)	
CEA, CA 19-9 samt alfafetoprotein	
Bilddiagnostik	Utförd
Ultraljud lever (ev kontrast)	
DT buk/lever (4 faser eftersträvas: utan kontrast, i artärfas, tidig venfas samt senfas efter 3-4 min efter kontrast)	
MR, ev med MRCP. Ev med Primovist, se ovan ang indikation.	
Histopatologi/cytologi (OBS! Biopsi undviks om möjligt).	Utförd

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Planerad undersökning som ännu inte genomförs	
Undersökning/prov	Planerat datum

Datum:	Namn:	Telefon:

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Transplantationscentrum

Innehållsansvar: Magnus Rizell, (magri2), Sektionschef

Godkänd av: Niclas Kvarnström, (nickv1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-102

Version: 6.0

Giltig från: 2024-05-22

Giltig till: 2026-05-10