

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Karin Engstrand, (karni20), Vårdenhetschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-06-09

Giltig till: 2028-06-05

Stentning av benigna gallgångstrikturer vid ERCP

Förändringar sedan föregående version

Ändringar i texten har genomförts 2026.

Syfte

Att definiera en lokal strategi för endoskopisk stentning av benigna gallgångstrikturer.

Arbetsbeskrivning

Rutinen följer riktlinjer från European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Två huvudsakliga strategier finns för stenting av strikturer i gallvägarna, multipla plaststent och metallstent. Nedan beskrivs respektive strategi samt vilken strategi som är att föredra vid olika genes till gallgångsstrikur.

Stentstrategier

Multipla plaststent

Vid index-ERCP sätts så många plaststent som skopisten bedömer får plats. Dilatation kan vara nödvändig för att skapa utrymme för stent. **ERCP upprepas var 3–4 månad** med ökande antal och/eller diameter av lagda stent. Vid index-ERCP anger operatör i sin bedömning i vilket intervall uppföljande ERCP skall göras samt preliminär tidpunkt för när stentbehandlingen skall avslutas. I normalfallet är detta efter **12 månader**. I samband med ERCP för planerad stentaveckling genomförs ett oklusionscholangiogram med hjälp av extraktionsballong. Eventuell kvarvarande striktur bedöms visuellt och funktionellt genom att ballongen dras igenom det tidigare strikturerade området. Vid

kvarstående striktur (strikturen lumen <75 % av intilliggande gallväg) kan stentperioden förlängas.

Metallstent

Halvtäckta (täckta stentar med bara ändar) rekommenderas inte då dessa anses öka risk för inväxt och fibros i stentets otäckta del.

ESGE:s riktlinjer, som är i behov av uppdatering, förordar heltäckta metalstent (fully covered self-expandable metal stents (FC-SEMS)) vid stentning av benigna gallgångsstrikturer. Dessa finns numera i en utformning med en slyngformad metalltråd som löper från stentet ner i duodenum – ett s k “Kaffes-stent”. Fördelen med denna stent-design är att stentet både kan justeras i samband med stent-inläggning och att stentet relativt enkelt kan extraheras ut i duodenum med hjälp av metalltråden när det skall avlägsnas. En annan fördel, jämför plast-stent, är att det inte behövs upprepade ERCP-undersökningar. Om stentet vid inläggning uppvisar en tydlig midja motsvarande stenosen kan det även behöva genomföras en kompletterande ballong-dilatation av stentet.

I samband med att ett Kaffes-stent inlägges tar operatören också ställning till när ERCP med avveckling av stentet skall ske. I normalfallet är detta efter cirka **5–6 månader**. Vid uppföljande ERCP genomförs oklusionskolangiogram efter stent-extraktion för bedömning av eventuell kvarstående striktur på samma vis som efter multipel plaststentning.

Val av strategi i relation till typ av striktur

Post cholecystektomi: Multipla plaststent.

Post levertransplantation <3 månader: Risken för perforation/anastomoshaveri är större ju tidigare ingreppet genomförs i det postoperativa skedet. Eventuella dilatationer görs därför försiktigt med liten diameter och endast ett plaststent sätts vid index-ERCP. Ny ERCP planeras till 3-5 månader postoperativt.

Post levertransplantation >3 månader: Metallstent (Kaffes-stent) är sannolikt den metod som är att föredra och den som skall användas i första hand. Detta framför allt då färre ERCP-sessioner behövs i jämförelse med plaststent. Ytterligare studier på området behövs dock. Dilatation och multipla plaststent kan användas som ett alternativ men kommer troligen på sikt att bli en andrahandsmetod.

Primär skleroserande kolangit (PSC): Endast dilatation i normalfallet. Metallstent har ingen plats vid PSC. Plaststent (enstaka eller multipla) kan vara aktuellt vid strikturer där dilatation inte bedöms vara tillräckligt.

Kronisk pankreatit: FC-SEMS alternativt multipla plaststent.

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som arbetar på GEA SS.

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

Avsteg från rutin

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

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

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.

Referenser

Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline – Updated October 2017. *Endoscopy* 2018; 50: 910–930

Granskare/arbetsgrupp

Andreas Pischel och Per Hedenström, VO Specialistmedicin.

Kaveh Khodakaram och Christian Mårtensson, VO Kirurgi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Karin Engstrand, (karni20), Vårdenhetschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-69

Version: 5.0

Giltig från: 2026-06-09

Giltig till: 2028-06-05