

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Gisela Ringström, (gisri), Vårdenhetschef

Granskad av: Kaveh Khodakaram, (kavkh1), Överläkare

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-06-03

Giltig till: 2026-06-03

Stentning av benigna gallgångstrikturer vid ERCP

Revideringar i denna version

En person borttagen som granskare.

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 gallgångstriktur.

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

ESGE förordar heltäckta metallstent (fully covered self-expandable metal stents (FC-SEMS)) vid stentning av benigna gallgångsstrikturer.

Halvtäckta (täckta stentar med bara ändar) rekommenderas inte då dessa anses öka risk för inväxt och fibros i stentets bara del. I samband med att ett metallstent sätts tar operatör ställning till när ERCP för ställningstagande till avveckling av stentet skall ske. I normalfallet är detta efter **6 månader**. Vid uppföljande ERCP genomförs okklusionskolangiogram med 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: Dilatation och multipla plaststent.

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.

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.

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

Dokumentation

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

Granskare/arbetsgrupp

Andreas Pischel, Per Hedenström och Riadh Sadik, VO
Specialistmedicin.

Kaveh Khodakaram och Christian Mårtensson, VO Kirurgi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Innehållsansvar: Gisela Ringström, (gisri), Vårdenhetschef

Granskad av: Kaveh Khodakaram, (kavkh1), Överläkare

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-69

Version: 4.0

Giltig från: 2024-06-03

Giltig till: 2026-06-03