



Nationell riktlinje

2022

På uppdrag av Svensk Gastroenterologisk Förenings styrelse

Stentbehandling av benigna och maligna sjukdomar i kolon

Datum för fastställande: 2022-09-06

Datum för översyn: 2024-04-08

Datum för revidering: 2025-09-06

Kontaktperson:

Morteza Shafazand,
Nordiskt Endoskopikum, Göteborg
morteza.shafazand@hotmail.com • Tel: 0725 883030

Arbetsgruppens medlemmar:

Morteza Shafazand, Nordiskt Endoskopikum
Richard Marsk, VO Kirurgi & Urologi, Danderyds Sjukhus

Granskare:

Henrik Thorlacius, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus Malmö

Innehåll

Inledning.....	2
1. Maligna strikturer.....	3
<i>a) Potentiellt kurativ patient.....</i>	<i>3</i>
<i>b) Palliativ patient.....</i>	<i>3</i>
2. Benigna strikturer.....	3
Allmänna synpunkter vid kolonstent.....	4

Inledning

Med anledning av att European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) har uppdaterat sina riktlinjer angående stentning vid benigna och maligna tillstånd i kolon under 2020 så revideras även de svenska riktlinjerna.

Förlagan finns att hitta på

https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2020_a_1140_3017.pdf

Förekommande förkortningar i riktlinjerna:

SEMS Self-expandable metal stent

Följande tillstånd tas upp i riktlinjerna

1. Maligna strikturer
 - a. Hos potentiellt kurativ patient
 - b. Hos palliativ patient
2. Benigna strikturer

1. Maligna strikturer

Kolorektal cancer är den tredje vanligaste canceren i Sverige. Cirka 10% av dessa presenterar sig akut som ett kolonileus. I den akuta situationen finns två valmöjligheter, antingen akut resektionskirurgi eller någon form av tarmavlastning, följt av elektiv resektionskirurgi. Den akuta tarmavlastningen kan utgöras av en stomi proximalt om hindret alternativt ett kolonstent. Högersidig koloncancer resekeras oftast akut medan vid vänstersidig koloncancer är det mycket vanligt med en avlastning i det akuta skedet. Akut kan det vara svårt att veta om situationen är potentiellt kurativ eller palliativ. Vid osäkerhet ska patienten antas vara potentiellt kurativ.

a) Potentiellt kurativ patient

De första randomiserade studierna där stent används som ”bridge-to-surgery” bröts i förtid på grund av hög perforationsfrekvens. Modernare serier har visat betydligt lägre komplikationsrisk. I en svensk studie med 265 fall av SEMS, publicerad 2023 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10082091>) visar man komplikation och 90-dagar mortalitet frekvens på enbart 7,7 respektive 3,8 procent. Huruvida kolonstent kan öka risken för cancerrecidiv (via perforation, tumörmanipulation etc) är vetenskapligt omdebatterat. Intresserade läsare hänvisas till ESGEs grunddokument, se länk ovan. Stent som ”bridge-to-surgery” är kontroversiellt i Sverige men lyfts fram i dokumentet som ett bra alternativ till avlastande stomi om lokal expertis finns. Diskussion med kolorektalkirurgisk expertis rekommenderas före beslut om stent som ”bridge-to-surgery”. Vid stentning ska man välja ett otäckt SEMS.

b) Palliativ patient

Kolonstent anses vara **förstahandsalternativ** hos en palliativ patient med akut obstruktion. Vid stentning ska man välja ett otäckt SEMS.

2. Benigna strikturer

Stentning rekommenderas ej vid benigna strikturer.

Allmänna synpunkter vid kolonstent

- Profylaktisk stentning rekommenderas ej. Enbart vid kliniska och radiologiska tecken på hinder.
- Patienten ska ej laxeras oralt, enbart rektalt.
- Antibiotika behöver inte ges.
- Vid stentning rekommenderas att genomlysning använd för att verifiera att ledare eller stent ej perforerat tarm.
- Stent har sämre resultat vid långa (>5 cm) stenoser.
- Stent kan prövas vid stopp på grund av yttre kompression men resultaten är sämre.
- Vid stentobstruktion rekommenderas ny stent, så kallad ”stent-in-stent”.
- Vid stentmigration rekommenderas ny stent hos palliativ patient. I en ”bridge to-surgery” situation rekommenderas tidigarelagd kirurgi.
- De vanligaste komplikationerna efter kolonstentning är stentmigration, reobstruktion och perforation.