

Indikationer och förslag på undersökningsmetod vid misstänkt sjukdom i tjocktarm och ändtarm

Bakgrund

Kolorektal cancer är efter bröst- och prostatacancer den vanligaste cancerformen i Sverige. Symtomen är i tidiga stadier ofta diffusa och differentialdiagnostiken mot benigna åkommor är ofta svår i ett oselektat öppenvårdsklientel. Samtidigt är en kolonundersökning en relativt besvärande upplevelse för patienten, kostsam för sjukvården och köerna till ff a koloskopi är betydande på många håll. Det är därför viktigt att rätt patienter remitteras för kolonutredning.

I föreliggande dokument som tagits fram inom kolorektalcancerprocessen inom RCC syd, har vi valt att lista de indikationer och val av undersökningsmetod som bör föredras när beslut om kolonutredning tas, främst med tanke på patienter som remitteras från primärvården. Det är inget heltäckande dokument gällande utredning av olika gastrointestinala tillstånd utan fokuserar enbart på **indikationerna för kolonutredning**.

Utredning före remittering

Klinisk undersökning, noggrann rektalpalpation och rektoskopi får anses vara obligat före remittering till koloskopi. Vid rött blod i avföringen skall dessutom rektoskopi vara utförd. Vid all remittering till DT-kolon skall rektoskopi ha utförts och resultatet vara angivet på remissen.

Val av metoder

Koloskopi är idag standardmetoden för kolonutredning med rektoskopi i kombination med DT kolon som andrahandsalternativ. Hos patienter där man tidigare misslyckats att genomföra koloskopi pga tekniska svårigheter kan man med fördel välja rektoskopi + DT kolon vid förnyat behov av kolonundersökning.

Kösituationen rörande koloskopi kan i vissa fall göra att man lokalt får prioritera på annat sätt än vad som rekommenderas. Det är i då viktigare att undersökningen blir utförd i rätt tid än att förstahandsmetoden väljs.

Kolonröntgen med bariumkontrast görs idag i allt mindre utsträckning och har på de flesta håll ersatts med DT-kolon.

Kapselkoloskopi är än så länge inte en etablerad metod på de flesta endoskopienheter, men kommer sannolikt att bli allt vanligare och kan vara ett smidigt alternativ för de patienter där man misslyckats att genomföra koloskopi.

Patienter med buksmärter utan tarmsymtom bör inte primärt remitteras för koloskopi utan i första man utredas med DT buk.

Tarmförberedelse

Som laxering vid koloskopi rekommenderas i första hand PEG-baserad laxering (Laxabon eller Moveprep) helst uppdelad på två doser.

Fastställt 2014-11-04 av hälso- och
sjukvårdsdirektör Ingrid Bengtsson-Rijavec
Giltigt till och med 2016-10-31

Rekommendationer för koloskopi vid familjär kolorektal cancer

Släktsituation	Rekommenderad metod
1 FGS med kolorektal cancer < 50 år vid diagnos	Koloskopi vart 5:e år från 5-10 år före lägsta insjuknandeåldern i familjen
1 FGS med kolorektal cancer 50-60 år vid diagnos	Engångskoloskopi senast vid insjuknandeåldern för släktingen
1 FGS med kolorektal cancer > 60 år diagnos	Ingen utredning såvida symtom inte föranleder detta
Förälder/syskon/barn till kluster av 2 FGS med kolorektal cancer varav minst en < 50 år diagnos	Koloskopi vart 3:e år från 5-10 år före lägsta insjuknandeåldern i familjen
Förälder/syskon/barn till kluster av 2 FGS med kolorektal cancer varav minst en 50-60 år diagnos	Koloskopi vart 5:e år från 5-10 år före lägsta insjuknandeåldern i familjen
Förälder/syskon/barn till kluster av 2 FGS med kolorektal cancer > 60 år diagnos	Engångskoloskopi senast vid insjuknandeåldern för släktingen
Förälder/syskon/barn till kluster av 3 FGS med kolorektal cancer	Koloskopi vart 3:e år från 5-10 år före lägsta insjuknandeåldern i familjen

Förstegradssläkting (FGS) = syskon eller föräldrar/barn

I samtliga ovanstående situationer bör remiss även utfärdas för onkogenetisk rådgivning om inte detta är gjort.

Ref: Ärftlig koloncancer – utredning, uppföljning och omhändertagande. *Arbetsgruppen för cancergenetiska mottagningar 2012*

http://sfmg.se/download/riktlinjer/Cancerogenetik/Arftlig%20kolorektalcancer_Arbetsgruppen_2012.pdf

För patienter med Lynch syndrom, Familjär adenomatös polypos (FAP), MUTYH-associerad polypos (MAP), Juvenil polypos (JP), Peutz-Jegers syndrom (PJS) och Hyperplastiskt polypos syndrom (HPS) hänvisas till ovanstående referens.

Särskilda program gäller för uppföljning efter polypektomi, kolorektal cancer samt vid inflammatorisk tarmsjukdom.

Indikationer och förslag på undersökningsmetod vid misstänkt sjukdom i tjocktarm och ändtarm

Symtom	Rekommenderad metod	Utförd inom
Järnbrist, järnbristanemi	Rektoskopi och rektalpalpation före remittering Koloskopi (första hand) DT-kolon (andra hand)	< 4veckor
Rött blod i avföringen om ej uppenbar blödningskälla i anus/rektum som framgångsrikt kunnat behandlas hos pat <40 år. Rött blod i avföringen oavsett blödningskälla i anus/rektum hos pat ≥40 år.	Rektoskopi och rektalpalpation före remittering Koloskopi (första hand) DT-kolon (andra hand)	< 4 veckor
Förändrade avföringsvanor inkl diarré > 4 veckor	Rektoskopi och rektalpalpation före remittering Koloskopi (första hand) DT-kolon (andra hand)	<4 veckor
Oförklarad viktninskning i förening med tarmsymtom eller buksmärtor	Rektoskopi och rektalpalpation före remittering Koloskopi (första hand) DT-kolon (andra hand)	< 4 veckor
Uppföljning av förstagångsdivertikulit	Sigmoideoskopi (första hand) Rektoskopi + DT-kolon (andra hand)	6-8 veckor
Polyp >6 mm på DT-kolon	Koloskopi	6-8 veckor
Inkomplett koloskopi	DT-kolon eller kapselkoloskopi	
Buksmärtor utan tarmsymtom	DT buk. Ej indikation för koloskopi.	

Som laxering vid koloskopi rekommenderas i första hand PEG-baserad laxering (Laxabon eller Moveprep) helst uppdelad på två doser.