

Endoskopisk ballondilatation af Crohn-stenoser i mave-tarm-kanalen er teknisk gennemførlig

John Gásdal Karstensen¹, Jakob Hendel² & Peter Vilmann²

INTRODUKTION

Crohns sygdom er en inflammatorisk tarmsygdom, ved hvilken over 20% af patienterne på trods af optimeret medicinsk behandling udvikler behandlingskrævende stenoser på tarmen. Den eneste behandling har hidtil været kirurgi med tarmresektion eller strikturoplastik. Ved kirurgi er der stor risiko for tilbagefald samt udvikling af adhærence- og korttarmsproblemer. Endoskopisk ballondilatation er udviklet som et alternativ til kirurgi, og efter introduktionen af dobbeltballonenteroskopi (DBE) er tyndtarmen også endoskopisk tilgængelig for diagnostik og terapi. Ved teknikken føres en ballon gennem lumen i det forsnævrede tarmsegment, hvorefter ballonen fyldes gradvist med vand, til den når en diameter på 15 mm. Trykket holdes i et minut. Strikturen udvides derved, og passagen i tarmen genskabes. Ballonen skal række over hele stenosens længde, hvilket begrænser behandlingen til relativt korte stenoser. I det følgende præsenteres vores resultater med metoden.

MATERIALE OG METODER

Fra 2005 til 2011 blev 23 patienter henvist til endoskopisk ballondilatation af tarmstrikturer forårsaget af Crohns sygdom. Disse er alle inkluderet i denne retrospektive opgørelse. Patienterne var i gennemsnit diagnosticeret med sygdommen 13 år forinden (1-34 år). Gennemsnitsalderen var 39 år (20-59 år), og 65% var kvinder. Hovedparten havde fået foretaget tarmresektion inden indgrebet (18/23), heraf hovedparten en ileocækal resektion (12/18). Patienterne havde obstruktive symptomer i form af abdominalia, kvalme eller opkastninger. Patienterne var inden proceduren udredt med tyndtarmspassage, abdominal

magnetisk resonans (MR)-skanning og/eller endoskopi. Lokalisation af strikturen afgjorde, hvilket skop der blev anvendt. Således blev et gastroskop benyttet til øvre procedurer, DBE eller spiraleroskopi til stenoser i de orale to tredjedele af tyndtarmen, DBE til den anale tredjedel af tyndtarmen og koloskop til kolon.

RESULTATER

I alt 19/23 patienter (82%) fik deres stenose dilateret. Heraf beskrev 17 god effekt (89%). Antallet af dilaterede strikturer pr. session varierede fra en til fem. Årsagen til de fire mislykkede behandlinger var stenosens længde (n = 2), knæk på tarmen pga. adhærencedannelse, samt et tilfælde i hvilket dilatation af stenosen blev vurderet unødvendig under endoskopien. I løbet af en opfølgingsperiode på knap to år (1-43 måneder) oplevede 14/19 recidiv af symptomer (74%). Fem patienter blev henvist til kirurgi (26%), mens resten kunne behandles med fornyet ballondilatation en eller flere gange. Der blev i alt udført 54 dilatationer, hvoraf en resulterede i en komplikation (1,9%) i form af tarmperforation, som medførte akut laparotomi med anlæggelse af stomi. Patienten kunne udskrives efter en uge.

KONKLUSION

Endoskopisk ballondilatation af Crohnstenoser er et godt alternativ til kirurgi i udvalgte tilfælde. Proceduren er sikker, og en stor del af patienterne har gavn af behandlingen. I løbet af en opfølgingsperiode på to år undgår tre fjerdedele kirurgi. Der forestår et arbejde med at nedbringe recidivraten, som er et problem ved behandlingen.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2012;59(7):A4471



ORIGINALARTIKEL

1) Gastroenheden, Hvidovre Hospital
2) Gastroenheden, Herlev Hospital

Endoscopic balloon dilation of Crohn's-related bowel stricture. Source: Jakob Hendel.

