

Behandling af postoperative, kolorektale anastomosestenoser med selvekspanderende plastikstent

1. reservelæge Jakob Lykke & overlæge Søren Meisner

Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K

Resume

Vi rapporterer her to sygehistorier med vellykket behandling af postoperativ benign stenose i rektosigmoideum med selvekspanderende plastikstent (SEPS). Der havde ikke været effekt af dilatation, og begge patienter havde takket nej til kirurgisk behandling. I stedet valgte man at behandle de to patienter med indsættelse af SEPS i stenosen. I begge tilfælde forsvandt de kliniske stenosesymptomer. Vi anser derfor SEPS for at være en mulig behandlingsmodalitet ved benign stenose i rektosigmoideum.

Postoperative, benigne, kolorektale anastomosestenoser har en prævalens på op mod 30% og behandles med dilatation eller kirurgi [1].

Brug af selvekspanderende metalstent (SEMS) er en velbeskrevet behandling ved maligne kolorektale stenoser [2, 3], hvorimod SEMS ikke anbefales ved benigne stenoser [1, 4].

Selvekspanderende plastikstent (SEPS) er velafprøvet ved benigne øsofagusstenoser [5]. SEPS har bl.a. den fordel, at de er silikonecoatede, hvilket gør det nemmere at fjerne dem igen. Samtidig kan de afkortes til den ønskede længde.

Hos patienter med benign kolorektal stenose og konkurrerende lidelse, der ikke muliggør kirurgisk terapi, eller hos patienter, der finder resultatet af det kirurgiske indgreb (stomi) uacceptabelt, kan SEPS være en mulighed.

Vi rapporterer her om to tilfælde af succesfuld SEPS-behandlet benign postoperativ kolorektal stenose.

Sygehistorier

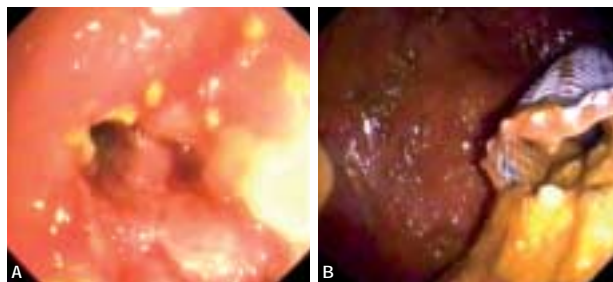
I. En 72-årig kvinde med endetarmskræft blev rectumresekeret med primær anastomose. Postoperativt fik patienten obstipation og imperiøsitet. Ved rektoskopi fandtes en stenose 9 cm oppe. I første omgang blev stenosen dilateret til 15 mm (Scandimed-West colonoscopic soft dilator set, Scandimed A.S, Glostrup) (**Figur 1A**). Tre uger efter recidiverede patientens stenosesymptomer. Ved sigmoideoskopi fandtes en ikke-passabel stenose med en diameter på 4-5 mm. Patienten blev tilbudt permanent stomi, hvilket hun afslog. I stedet blev hun foreslået stentning af stenosen, hvilket hun accepterede. En coated stent (Polyflex Esophageal Stent, Boston Scientific Corp., Natick MA, USA) afkortet til 70 mm blev anlagt i gennemlysning (**Figur 1B**). Patienten blev udskrevet samme dag,

men oplevede hjemme tre døgn med smerter, indtil stenten blev kvitteret det fjerde døgn. Patienten var ti uger efter klinisk velbefindende og havde normal afføring.

II. En 76-årig mand, der havde colonkræft, fik foretaget venstresidig hemikolektomi med primær anastomose. Postoperativt fik han obstipation og tenesemi. En positron-emissionstomografi og en computertomografi (CT) samt biopsi viste en benign 2-3 cm lang og ca. 7 mm bred stenose ved anastomosen. Der forsøgte dilatation uden effekt, hvorfor patienten fik tilbudt resektion af det stenoserede tarmsegment. Pga. af udsigten til kompliceret operation med risiko for stomi var patienten interesseret i alternativer til kirurgi. Patienten blev derfor tilbudt stentning, hvilket han accepterede. I gennemlysning blev der anlagt en 90 mm lang coated stent (Polyflex Esophageal Stent, Boston Scientific Corp., Natick MA, USA). Patienten blev udskrevet i velbefindende samme dag. Dagen efter blev han genindlagt med en temperatur på 38,6 °C og abdominalsmerter. Der var leukocyt- og C-reaktivt protein-stigning, og en CT viste to små luftflommer ved anastomosen. Patienten fik relevant antibiotika og blev udskrevet to døgn senere i velbefindende. Ved sigmoideoskopi, yderligere to døgn senere fandt man, at stenten var kvitteret. Stenten havde dog ophævet stenosen. Patienten var klinisk velbefindende og havde normal afføring. Ved en kontrolsigmoideoskopi fire uger senere sås der stadig gode passageforhold, og patienten var fortsat klinisk velbefindende og havde normal afføring. Ved klinisk kontrol tre måneder efter var patienten fortsat i velbefindende og havde normal afføring.

Diskussion

Benigne stenoser i colon og rectum kan opstå efter divertikulitis, strålebehandling, inflammatorisk tarmsygdom og postoperativt.



Figur 1. A. Stenosen umiddelbart efter dilatation til 15 mm. B. Velfungerende selvekspanderende plastikstent umiddelbart efter indsættelsen i stenosen.

Der foreligger kun enkelte kasuistiske rapporter om brug af SEMS ved benigne kolorektale stenoser [1, 4]. Ulempen er risikoen for perforation, migration, tidlig restenosering og problemer med at fjerne stenten igen pga. af reaktiv hyperplasi.

Anvendelse af SEPS er os bekendt ikke tidligere beskrevet i forbindelse med kolorektale lidelser. Fra øsofagus ved man, at SEPS er nemmere at fjerne end SEMS. Ulempen er en større migrationsrate, hvilket harmonerer med den tidlige kvittering i de to sygehistorier. På trods af dette viser sygehistorierne, at kortvarig brug af SEPS tilfredsstillende kan ophæve en benign kolorektal stenose. Da patienterne ikke blev reskoperet, er det uafklaret, hvorvidt stenosen blev gendannet. Det må dog konstateres, at patienterne ikke fik kliniske symptomer på restenosering.

De sparsomme erfaringer med stentbehandling af benigne kolorektale stenoser betyder, at kliniske studier er nødvendige for at afklare et evt. indikationsområdet for SEPS i en sådanne sammenhæng. Vores to sygehistorier viser dog, at SEPS i enkelte tilfælde kan være et terapeutisk alternativ til kirurgi ved benign, postoperativ, kolorektal stenose.

Summary

Jakob Lykke & Søren Meisner:

Treatment of benign post-operative stricture of the recto-sigmoid colon with self-expanding coated plastic stent

Ugeskr Læger 2008;170(15):1255

We report two cases of a benign post-operative stricture of the recto-sigmoid colon managed by insertion of a self-expanding coated plastic stent (SEPS). Both patients presented symptoms of stenosis which dilatation did not relieve. Both patients refused surgical intervention. Instead the strictures were managed by insertion of a SEPS. The clinical symptoms disappeared after SEPS insertion. We conclude that SEPS may represent a possible therapeutic tool in selected cases with benign post-operative stenosis of the recto-sigmoid colon.

Korrespondance: *Jakob Lykke*, Kirurgisk Afdeling K, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: jly@dadlnet.dk

Antaget: 17. maj 2007

Interessekonflikter. Ingen angivet

Litteratur

1. Forshaw MJ, Maphosa G, Sankararajah D et al. Endoscopic alternatives in managing anastomotic strictures of the colon and rectum. *Tech Coloproctol* 2006;10:21-7.
2. Khot UP, Lang AW, Murali K et al. Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002;89:1096-102.
3. Meisner S, Hensler M, Knop FK et al. Self-expanding metal stents for colonic obstruction: experiences from 104 procedures in a single center. *Dis Colon Rectum* 2004;47:444-50.
4. Paul L, Pinto I, Gomez H et al. Metallic stents in the treatment of benign diseases of the colon: preliminary experience in 10 cases. *Radiology* 2002;223:715-22.
5. Siersema PD. Endoscopic therapeutic esophageal interventions: what is new? what needs further study? what can we forget? *Curr Opin Gastroenterol* 2005;21:490-7.