

Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlæggelse

Reservelæge Birger Michael Breum,
1. reservelæge Steen Christian Kofoed, overlæge Jan Skovdal &
overlæge Carl Frederik Nagell

Hvidovre Hospital, Gastroenheden

Resume

Introduktion: Sigmoideostomianlæggelse med henblik på midlertidig eller permanent fækal afledning er en velkendt procedure benyttet til såvel maligne som benigne lidelser. I de senere år er man på et stigende antal centre begyndt at benytte laparoskopi frem for laparotomi. Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlæggelse er en mindre kendt og mindre teknisk krævende teknik end laparoskopi.

Materiale og metoder: På Gastroenheden, Hvidovre Hospital, har vi siden juni 2003 anlagt i alt 24 endoskopisk assisterede sigmoideostomier. Serien er retrospektivt opgjort.

Resultater: Fireogtyve patienter fik i perioden anlagt endoskopisk assisteret sigmoideostomi, yderligere forsøgte indgrebet i fem tilfælde, hvor der måtte konverteres. I tre tilfælde var stomirevision påkrævet ved lokalt indgreb uden laparotomi. En patient med T3-rektal cancer døde i det sjette postoperative døgn.

Konklusion: Sigmoideostomianlæggelse er en minimalt invasiv procedure, der er teknisk simpel. Proceduren er efter vores opfattelse mindst ligeværdig med laparoskopisk assisteret sigmoideostomianlæggelse. Vi anbefaler endoskopisk assisteret sigmoideostomianlæggelse til patienter, hvor anlæggelse af sigmoideostomi er påkrævet, og hvor der ikke er anden indikation for laparotomi, og der er mulighed for konvertering til laparoskopi eller laparotomi.

Sigmoideostomianlæggelse med henblik på midlertidig eller permanent fækal afledning er en velkendt og hyppig udført procedure. Sigmoideostomi benyttes til såvel maligne lidelser: inoperabel cancer recti og cancer sigmoidei, som benigne lidelser: rektovesikal fistel, rektovaginal fistel, inflammatoriske tarmsygdomme, fækal inkontinens og decubitus.

Traditionelt har anlæggelsen af sigmoideostomi foregået ved laparotomi, men i takt med den stigende interesse for laparoskopisk kirurgi, udfører man på flere centre nu proceduren laparoskopisk [1-3].

I flere materialer er det påvist, at den laparoskopiske tilgang giver færre postoperative smerter, hurtigere tarmfunktion, bedre kosmetik, kortere indlæggelsestid og hurtigere mobilisering end laparotomi [1-3]. Imidlertid er laparoskopisk anlæggelse af sigmoideostomi teknisk krævende og forbundet med en lang indlæringskurve, hvorfor den kun beherskes af et mindretal af de kirurger, der anlægger sigmoideostomier. Morbiditeten efter laparoskopi afhænger meget af kirurgens erfaring og komplikationsraten tredobles, når kirurgen er mindre erfaren [1].

Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlæggelse er en mindre kendt minimalt invasiv procedure, der er mindre teknisk krævende end laparoskopi.

På Gastroenheden, Hvidovre Hospital, har vi siden juni 2003 anlagt i alt 24 endoskopisk assisterede sigmoideostomier. Vi præsenterer her metoden samt vore foreløbige resultater.

Procedure

Den med klyx udrensede patient stomimarkeres efter almindelige retningslinjer. Hvis patientens grundmorbus nødvendiggør det, kan indgrebet udføres i lokal eller regional analgesi, ellers har vi foretrukket universel anæstesi.

Et fleksibelt endoskop føres op i sigmoideum og om muligt føres sigmoideumslyngen frem til det præmarkerede stomi-sted vejledt af lyskildens translumination af abdominalvæggen. Hvis lyskilden ikke kan identificeres gennem abdominalvæggen, fortsættes indgrebet som beskrevet nedenfor, men lokaliseringen af sigmoideum kan være svær.

Cutis excideres cirkulært på stomistedet, fascien over m. rectus abdominis incideres korsformet, og musklen deles i fiberretningen. Det posteriore fascieblad, og peritoneum åbnes. Sigmoideum lokaliseres ved hjælp af en lyskilde samt palpation og mobiliseres frem som loop i den tildannede stomiåbning efter let retraktion af endoskopet. Til sikker identifikation af det anale ben avanceres endoskopet atter. Colon deles med en lineær stapler, og det anale ben placeres intraperitonealt. Den orale colondel åbnes og stomien fashioneres. Hvis man ikke er 100% sikker på, at det korrekte ben er fremført, kan der afslutningsvist endoskoperes i det tildannede stoma.

Resultater

I perioden fra juni 2003 til januar 2007 fik i alt 24 patienter (16 kvinder og otte mænd) (medianalder 70 år, spændvidde: 35-95 år) anlagt endoskopisk assisteret sigmoideostomi (**Tabel 1**). Yderligere forsøgte indgrebet udført i fem tilfælde, hvor der måtte konverteres (terapeutisk succes 24 ud af 29 (82,9%)). Tre blev konverteret til traditionel laparotomi på grund af immobil sigmoideumslynge og to til laparoskopi, idet tumoren ikke var skoppassabel.

I tre tilfælde var stomirevision påkrævet (**Figur 1**). I alle disse tre tilfælde blev stomirevisionen foretaget ved lokalt indgreb uden laparotomi. En patient med T3-rektal cancer døde i det sjette postoperative døgn, man var afstået fra yderligere diagnostik og behandling pga. dårlig almentilstand og grundmorbus.

Diskussion

Laparoskopisk anlæggelse af sigmoideostomi medfører færre postoperative komplikationer end sigmoideostomi anlagt ved

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Resultater ved endoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning på Gastroenheden, Hvidovre Hospital.

Indikation	n	Reopereret uden laparotomi pga. komplikationer	Tarmfunktionsdag, median (spændvidde)	Antal indlæggelsesdage postoperativt, median (spændvidde)	Mors < 3 måneder, n
Malignitet	15	1 patient pga. bandageringsproblemer 1 patient pga. blødning fra stomi	2 (0-5)	5 (2-17)	1
Fistel	6	1 patient pga. snæver stomi på fascieniveau	2 (1-6)	3 (2-6)	0
Andet	3	0	2 (1-4)	11 (5-36)	0
Samlet	24	3	2 (0-6)	5 (2-36)	1

den åbne procedure [2, 3]. Imidlertid er teknikken teknisk krævende, og morbiditeten afhænger af kirurgens erfaring. *Schwander* har påvist, at komplikationsraten tredobles, når kirurgen er uerfaren [1].

Der foreligger ingen opgørelser, hvori endoskopisk assisteret sigmoideostomi sammenlignes med stomi anlagt ved laparotomi eller laparoskopisk. Men det er nærliggende at antage, at komplikationsraten ved den laparoskopiske og den endoskopiske stomi er ligeværdige. Dette støttes af to arbejder, hvor stomien anlægges, ved at sigmoideumslyngen trækkes frem via stomihullet, men uden endoskopisk identifikation af hvilket tarmsegment der fremlægges og oral/anal orientering af denne. Som ved de laparoskopisk anlagte stomier, påvises der en signifikant reduktion af de postoperative smerter, hurtigere mobilisering og kortere indlæggelsestid [7] end ved stomianlægning ved laparotomi. Uden endoskopisk assistance giver denne operationsteknik imidlertid en risiko for misidentifikation af det anale ben samt for fejlagtig udlægning af transversum [1, 7-9]. Disse risici kan undgås med endoskopisk assistance.

Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning kan i modsætning til stomi anlagt laparoskopisk eller ved laparotomi udføres i regional eller lokal analgesi [5, 6]. Dette er specielt en fordel hos patienter med svær komorbiditet.



Figur 1. Sigmoideostomi anlagt endoskopisk assisteret uden laparotomi eller laparoskopisk. Foto: *Susanne Østergaard*, Hvidovre Hospital.

Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning kan ikke benyttes ved stenoser, der ikke er passable for endoskop. Tidligere nedre laparotomi kan vanskeliggøre indgrebet, specielt tidligere venstresidige colonresektioner, der pga. kortere og dermed mindre mobil tarmslynge samt adhæreencer kan umuliggøre fremlægning uden dissektion. Man kan i disse tilfælde konvertere til laparoskopisk eller laparotomi afhængig af den lokale ekspertise.

På grund af indgrebets minimalt invasive karakter, kan stomioplæring foregå allerede på den første postoperative dag.

Konklusion

Endoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning er en minimalt invasiv procedure, der i modsætning til den laparoskopiske sigmoideostomianlægning er teknisk simpel. Proceduren er efter vores opfattelse mindst ligeværdig med laparoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning, men bør kun udføres, hvor der er mulighed for konvertering til laparoskopisk eller laparotomi. Proceduren er enkel og billig. Vi anbefaler endoskopisk assisteret sigmoideostomianlægning til patienter, hvor anlægning af sigmoideostomi er påkrævet, og hvor der ikke er anden indikation for laparotomi. Der gøres opmærksom på, at dette er et retrospektivt studie, og at metodens egnetted kun kan endeligt afklares ved randomiserede forsøg mellem laparoskopisk anlagt sigmoideostomi eller sigmoideostomi anlagt ved laparotomi, dog vil det være vanskeligt inden for en overskuelig tidsperiode at inkludere en patientpopulation, der er stor nok til at kunne vise en reel forskel.

Korrespondance: *Birger Michael Breum*, Sankt Mikkel's Allé 57, DK-2630 Tåstrup. E-mail: videnskab@breum.dk

Antaget: 1. september 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Schwander O, Schiedeck TH, Bruch HP. Stoma creation for fecal diversion: is the laparoscopic technique appropriate? *Int J Colorectal Dis* 1998;13:251-5.
- Almqvist PM, Bohe M, Montgomery A. Laparoscopic creation of loop ileostomy and sigmoid colostomy. *Eur J Surg* 1995;161:907-9.
- Kini SU, Perston Y, Radcliffe AG. Laparoscopically assisted trephine stoma formation. *Surg Laparosc Endosc* 1996;6:371-4.
- Wasmuth HH, Bergamaschi R, Alstad B et al. Laparoskopisk sigmoideostomi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:3075-6.
- Parithivel VS, Schein M, Gerst PH. Colonoscopy-assisted "trephine" sigmoid colostomy. *Dig Surg* 2003;20:103-6.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

6. Mattingly M, Wasvary H, Sacksner J et al. Minimally invasive, endoscopically assisted colostomy can be performed without general anesthesia or laparotomy. *Dis Colon Rectum* 2003;46:271-3.
7. Anderson ID, Hill J, Vohra R et al. An improved means of faecal diversion: the trephine stoma. *Br J Surg* 1992;79:1080-1.
8. Caruso DM, Kassir AA, Robles RA et al. Use of trephine stoma in sigmoid volvulus. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1222-6.
9. Nylund G, Oresland T, Hulten L. The trephine stoma: formation of a stoma without laparotomy. *Eur J Surg* 1997;163:627-9.
10. Mukherjee A, Parikh VA, Aguilar PS. Colonoscopy-assisted colostomy – an alternative to laparotomy: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1458-60.
11. Beilman GJ, Jonson GM. Sigmoidoscopy-assisted colostomy – an adapted trephine stoma formation. *Dig Surg* 2002;19:327-30.
12. Stephenson ER Jr, Ilahi O, Koltun WA. Stoma creation through the stoma site: a rapid, safe technique. *Dis Colon Rectum* 1997;40:112-5.

Psykologisk behandling ved obsessiv kompulsiv tilstand

En gennemgang af et Cochrane-review

Overlæge Jakob Ulrichsen & autoriseret psykolog Michelle Ulrichsen

Gentofte Hospital, Psykiatrisk Universitets Klinik, og Ulrichsens Klinik, København K

Obsessiv kompulsiv tilstand (*obsessive compulsive disorder* (OCD)) er en hyppig og til tider svært invaliderende psykisk sygdom, som er kendetegnet ved tilbagevendende obsessioner og/eller kompulsioner (**Tabel 1**). Obsessioner er tvangstanker, som er uønskede, tilbagevendende og ubehagelige. Tankeindholdet vil opfattes som overdrevent eller urimeligt og således virke fremmed for, hvordan man normalt tolker sig selv og omverden (egodystont). Ved OCD ses der nogle karakteristiske grundsymptomer (**Tabel 2**). Disse fører til, at patienten tager tankerne alvorligt på trods af en intellektuel indsigt i, at tankeindholdet er overdrevet, og at risikoen for den frygtede fare er kraftigt overvurderet [1, 2]. Det giver kropslige symptomer i form af stærk indre uro, for hvad nu hvis ...? Tvangshandlingernes funktion vil altid være, at få tvangstanker til at forsvinde, enten ved at »neutralisere« dem (så de ikke længere »gælder«) eller ved at forebygge potentielle faresituationer. For at der er tale om OCD, skal patienterne være socialt hæmmet af symptomerne (**Tabel 1**).

De hyppigst forekommende tvangstanker er frygt for skade mod sig selv eller andre nærtstående personer. Disse betegnes som »aggressive« tvangstanker og kan involvere frygt for at skade andre, fordi man ikke er forsigtig nok (f.eks. ved bilkørsel eller hvis man kommer til at skubbe til andre på gaden ved et uheld), og manglende kontrol over »voldelige« impulser (f.eks. kontrol over en kniv i hånden eller »onde tanker« mod andre). Frygten for at handle efter tvangstanker

vil være meget stor, fordi patienten kraftigt undervurderer sin egen viljes magt til ikke at udføre de handlinger, de frygter mest. Frygt for bakterier eller besmittelse forekommer lige så hyppigt som aggressive tvangstanker. Her vil fokus enten være frygt for sygdom hos sig selv eller andre, eller oplevelse af ubærlig »ulækkerhedsfølelse«, som ofte kan relateres til en potentiel kontakt med afføring. De mest almindelige former for tvangshandlinger er tjekkerituer såsom tjekken af hoveddøren, elektriske installationer, komfur, vandhaner, vinduer og radiatorer. Desuden neutraliseringshandlinger i form af gentagelsesritualer og mentale tvangshandlinger. Sidst-

Tabel 1. International Classification of Diseases-10-kriterier for obsessiv kompulsiv tilstand.

- A. Gennem mindst to uger:
 1. Obsessioner (tvangstanker, -ideer, -forestillinger) eller
 2. Kompulsioner (tvangshandlinger)
- B.
 1. Erkendes som egne tanker eller tilskyndelser (ikke påført udefra)
 2. Tilbagevendende Ubehagelige
Erkendes som overdrevne eller urimelige
 3. Søges afvist eller modstået
 4. Oplevelse af tvangstanker eller udførelse af tvangshandlinger er ikke i sig selv lystbetonet (som ved perversioener)
- C. Medfører lidelse eller interfererer med dagligdags funktioner
- D. Er ikke en følge af anden psykisk lidelse (F2 og F3)

Tabel 2. Grundsymptomer ved obsessiv kompulsiv tilstand.

1. Overansvarlighed
2. Ønske om 100% sikkerhed
3. Patologisk tvivlen
4. Langsommelighed (pga. ønske om perfektion)
5. Svært ved at træffe simple valg