

Ileoskopi reducerer behovet for billeddiagnostik af tyndtarmen ved klinisk mistanke om Crohns sygdom

Michael Dam Jensen¹, Torben Nathan¹, Søren Rafael Rafaelsen² & Jens Kjeldsen³



ORIGINALARTIKEL

1) Afdeling for Intern Medicin, Gastroenterologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
2) Radiologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus
3) Gastroenterologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

INTRODUKTION

Crohns sygdom er en syndromdiagnose, der beror på symptomer, fund ved objektiv undersøgelse, endoskopi, histologi, radiologi og til tider kirurgi. Sygdommen kan være lokaliseret i hele mave-tarm-kanalen, men optræder inden for rækkevidden af koloskopet hos mere end 90% af patienterne.

Ifølge internationale kliniske retningslinjer er ileokoloskopi den primære diagnostiske undersøgelse ved klinisk mistanke om Crohns sygdom, men uanset fundene herved anbefales tyndtarmen undersøgt for læsioner, der er lokaliseret uden for koloskopets rækkevidde (evidensniveau 5, rekommandationsgrad D).

På baggrund af ny viden opnået i et prospektivt blindet studie af fæcescalprotektin, magnetisk resonans-enterografi (MRE), computertomografisk enterografi (CTE) og kapselendoskopi af tyndtarmen argumenteres der for en ny strategi til diagnostik af Crohns sygdom.

MATERIALE OG METODER

I alt 93 patienter indgik i studiet, hvor ileokoloskopi fungerede som guldstandard for Crohns sygdom i colon og terminale ileum.

RESULTATER

Noninvasiv testning for Crohns sygdom: Fæcescalprotektin er en sensitiv (95%), men nonspecifik markør for Crohns sygdom. Calprotektinkoncentration < 50 mg/kg udelukker med stor sikkerhed sygdommen [1].

Billeddiagnostik af tyndtarmen efter ileokoloskopi: Hos patienter med normal slimhinde eller ukompliceret Crohns sygdom i terminale ileum bidrager kapselendoskopi ikke med væsentlig information fraset sygdommens proksimale udbredelse. Hos patienter, hvor det ikke lykkedes at tubulere terminale ileum, fandt supplerende billeddiagnostik Crohns sygdom i terminale ileum hos 22%.

Valg af billeddiagnostisk modalitet: I en direkte sammenligning af MRE, CTE og kapselendoskopi havde sidstnævnte højest sensitivitet (100%) og specificitet (91%) for diagnostik af Crohns sygdom i terminale ileum [2].

Risiko for kapselretention: Hos patienter med kli-



A capsule endoscopy showing longitudinal ulcers in the terminal ileum, which is consistent with Crohn's disease.

nisk mistanke om Crohns sygdom er risikoen for kapselretention lav. I dette studie gav MRE og CTE mistanke om ikkeerkendte tyndtarmsstenoser efter ileokoloskopi hos henholdsvis 0% og 2%.

KONKLUSION

Ved klinisk mistanke om Crohns sygdom selekterer fæcescalprotektin effektivt patienter uden behov for koloskopi eller tyndtarmsundersøgelse. Et forhøjet niveau bør foranledige undersøgelse med koloskopi inklusive et ihærdigt forsøg på at tubulere terminale ileum. Crohns sygdom lokaliseret i øvre tyndtarm er sjældent forekommende, og hos patienter med en normal ileokoloskopi eller ukompliceret Crohns sygdom i colon og/eller terminale ileum opnås begrænset ekstra information ved at udføre kapselendoskopi. Kapselendoskopi er primært indiceret hos patienter, hvor ileoskopi ikke opnås (med henblik på visualisering af Crohns sygdom i tyndtarmen). Såfremt stenoserende Crohns sygdom ikke kan udelukkes, bør patienten undersøges med en *patency*-kapsel før kapselendoskopi. MRE og CTE er ligeværdige undersøgelser til vurdering af Crohns sygdom i tyndtarmen, men underlegne i forhold til kapselendoskopi. MRE og CTE bør anvendes hos patienter med verificeret stenose efter ileokoloskopi eller ved mistanke om ekstraintestinale komplikationer.

DANISH MEDICAL JOURNAL: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2012;59(9):A4491