

Moderne behandling af mb. Crohn

LEDER

Anders Tøttrup

Ugeskr læger
2014;176:V64538

Mb. Crohn ses med tiltagende hyppighed i det meste af verden, og i de skandinaviske lande har vi de højeste prævalens- og incidensrater i Europa. Sygdommen har et kronisk forløb, debuterer ofte hos unge og har socialt og uddannelsesmæssigt negative konsekvenser. Således skønnes det, at ca. 10% af patienterne med mb. Crohn står uden arbejde, og at ca. 25% kun arbejder på deltid [1].

Patienter, som har mb. Crohn, er ofte i medicinsk behandling i lange perioder af deres liv, og for en stor dels vedkommende er en eller flere tarmresektioner nødvendige. Ældre data har vist, at op mod 75% af alle patienter med mb. Crohn får foretaget tarmresektion. Medicinske fremskridt i de senere år har betydet en væsentligt bedre sygdomskontrol. Udviklingen fra inflammation til opståelse af komplikationer som fistler og stenoser er kaldet »sygdommens naturhistorie«. Man har fundet, at den kan modificeres ved anvendelse af biologisk medicin fra start, efterfulgt af en effektiv vedligeholdelsesbehandling – en såkaldt *top-down*-strategi [2]. På trods af moderne medicinsk behandling vil kun ca. halvdelen af patienterne være i remission efter 2-3 år, og mere end 10% vil i denne periode have haft behov for kirurgi.

Forelagt data som disse må man spørge sig selv, om en patient med symptomgivende, men begrænset tyndtarmsaffektion, vil være bedst tjent med tidlig resektion eller medicinsk behandling? Desværre kan litteraturen ikke direkte hjælpe med at besvare dette relativt simple spørgsmål, idet der ikke findes randomiserede studier til belysning af problemstillingen. En tyndtarmsresektion eller en ileocækal resektion kan udføres laparoskopisk med et glimrende kosmetisk resultat og kort indlæggelsestid. Operationen medfører umiddelbar remission, og ca. halvdelen af patienterne er fortsat i remission efter ti år. Risikoen for operationskrævende recidiv er ca. 35% efter ti år [3]. De omkostninger, der er forbundet med operation, er betydeligt mindre end udgifterne til et års behandling med biologisk medicin [4]. Det forekommer derfor fornuftigt at overveje tidlig kirurgi ved affektion af et kortere tyndtarmssegment. Ved mere omfattende affektion af tyndtarmen, og ved kolorektal mb. Crohn er den intensive medicinske behandling derimod langt mere oplagt, blandt andet fordi kirurgi i disse situationer kan være forbundet med de to udfald, som patienter, som har mb. Crohn, frygter mest: stomi og korttarmssyndrom.

Når kirurgi bliver nødvendig, er det naturligvis afgørende, at den udføres af kirurger med ekspertise

inden for inflammatorisk tarmsygdom. Det kræver erfaring at vælge det rette indgreb for den enkelte patient, og timingen af kirurgi i forhold til medicinsk behandling, mulige infektiøse komplikationer og ernæringstilstand er af afgørende vigtighed. Generelt er den kirurgiske strategi konservativ, når det drejer sig om mb. Crohn i tyndtarmen, og her er anvendelse af begrænsede resektioner og strikturplastikker væsentlige for at undgå tarminsufficiens. Endoskopisk ballondilatation har i mange år været anvendt til behandling af korte stenoser i tarmen, og denne behandling kan gøre resektion eller plastik unødvendig. Alvorlige komplikationer som perforation og blødning ses sjældent, og derfor er den væsentligste begrænsning for metoden, at en stenose enten er for lang (> 5 cm), eller at den ikke er tilgængelig endoskopisk. Omfanget af dilatationsbehandling ved mb. Crohn i Danmark er ukendt, men baseret på de senere års resultater af større opgørelser tyder det klart på, at behandlingen bør være en del af det kirurgiske tilbud, som patienter med mb. Crohn kan have gavn af. Behandling med selvekspanderende metalstent er ikke attraktiv ved benigne stenoser i tarmen, men indsættelse af biologisk nedbrydelig stent kunne være et interessant alternativ til dilatationsbehandling og kirurgi.

I fremtiden må man håbe, at centralisering af behandlingen og styrkelse af nationale og internationale samarbejdsrelationer vil føre til, at der skabes evidens inden for væsentlige dele af behandlingen af mb. Crohn. Denne komplekse sygdom er en stor udfordring, og et bedre evidensgrundlag vil være af stor betydning for patienter og klinikere.

LITTERATUR

1. Burisch J, Jess T, Martinato M et al. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis* 2013;7:322-37.
2. D'Haens G, Baert F, van Assche G et al. Early combined immunosuppression or conventional management in patients with newly diagnosed Crohn's disease: an open randomised trial. *Lancet* 2008;371:660-7.
3. Cullen G, O'Toole A, Keegan D et al. Long-term clinical results of ileocecal resection for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:1369-73.
4. Eshuis EJ, Stokkers PC, Bemelman WA. Decision-making in ileocecal Crohn's disease management: surgery versus pharmacotherapy. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2010;4:181-9.

KORRESPONDANCE:

Anders Tøttrup,
Kirurgisk Afdeling P,
Aarhus Universitetshospital,
Tage-Hansens Gade 2,
8000 Aarhus C.
E-mail: anders_tottrup@
hotmail.com

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk.