

# Behandling af malign kolorektal obstruktion med stent

Traditionelt er patienter med akut kolorektal obstruktion blevet akut opereret med resektion og anlægelse af kolostomi, hvilket er forbundet med høj morbiditet og mortalitet.

I 1991 kom en ny behandling: selvekspanderende metalstent (SEMS). De umiddelbare fordele var at undgå en akut operation samt skabe tid til optimering, udredning og bestemmelse af sygdomsstadie mhp. senere elektiv behandling. Ved efterfølgende elektiv operation benævnes modaliteten stent som *bridge to surgery*. Stentanlæggelse kunne også være en definitiv kirurgisk pallierende behandling af patienter med dissemineret sygdom. SEMS blev desværre implementeret med begrænset evidens. Siden er der publiceret adskillige retrospektive og prospektive enkeltserier og få, små randomiserede studier om behandling med SEMS.

*Broholm & Jess* beskriver evidensen for behandling af cancerbetinget kolorektal obstruktion med SEMS [1]. De konkluderer, at evidensen for anvendelse af SEMS er »ringe«, men de finder metoden acceptabel som pallierende behandling. De beskriver, at i studier, hvor stent som *bridge to surgery* sammenlignes med akut resektion, er resultaterne divergerende for bl.a. morbiditeten og mortaliteten samt andelen af anastomoser og stomier. De finder en mulig negativ effekt på langtidsoverlevelse bekymrende pga. en potentiel risiko for kontaminering med tumorceller efter en evt. klinisk eller stum tumorperforation. Litteraturgennemgangen indeholder dog ikke danske erfaringer, hvor stent anlagt af specialister som *bridge to surgery* resulterede i en treårsoverlevelse på 74% [2].

Et af stentmodalitetens store problemer er tidlig og sen tumorperforation, der har negativ effekt på korttidsresultaterne. Korttidsresultaterne er mere favorable i retrospektive og prospektive enkeltserier end i de randomiserede studier, hvilket kan skyldes, at de behandlede grupper ikke er sammenlignelige. Valget mellem akut operation og SEMS beskrives i enkeltserierne ofte at være baseret på den vagthavende kirurgs beslutning, som kan bero på mange uskrevne faktorer, såsom graden af obstruktion. Et randomiseret studie blev stoppet før tid pga. høj morbiditet i SEMS-gruppen. I alt 33 af 47 patienter havde komplet obstruktion, og hos otte patienter kunne guidewiren ikke indføres. Der blev påvist i alt ni (19%) kliniske og stumme perforationer [3]. Man skal måske udvise mere forsigtighed ved komplet obstruktion og f.eks. blot anlægge loopstomi og syg-

domsudrede og behandle som ved stent som *bridge to surgery*. I en netop publiceret retrospektiv opgørelse rapporteres det, at perforationsraten er associeret med vinklingen af stenosen [4], hvilket bør tages i betragtning inden evt. stentanlæggelse.

Resultaterne fra udenlandske undersøgelser kan ikke nødvendigvis overføres til danske forhold. I 2001-2005 var 30-dagesmortaliteten efter akut kolorektal canceroperation på 22% i Danmark. Patienter med akut obstruktion udgjorde ca. 75% [5]. Ifølge Dansk Colorectal Cancer Gruppe (DCCG) er den postoperative mortalitet fortsat urimelig høj, nemlig 17%. I de fleste studier, hvor stent som *bridge to surgery* sammenlignes med akut operation, rapporteres der om en 30-dagesmortalitet på < 10% i begge grupper, hvorfor brugen af SEMS må kunne reducere 30-dagesmortaliteten, hvilket også er iagttaget i et dansk studie [2]. I udlandet anlægges SEMS typisk af radiologer eller (øvre) endoskopikere. I Danmark er det (kolorektal)kirurger, som anlægger SEMS.

SEMS har fortsat en plads i behandlingen af akut kolorektal obstruktion, men behandlingen bør være selektiv og udføres af specialister baseret på klare kriterier. Nationale DCCG-retningslinjer for behandling af akut kolorektal obstruktion er for tiden under revision. Stent som *bridge to surgery* registreres allerede i DCCG-databasen, og registrering vedrørende akut stentanlæggelse udvides fra 2014. National og regional auditering bør foretages, indtil også langtidsresultaterne er kendt.

## LITTERATUR

1. Broholm M, Jess P. Ringe evidens for anvendelse af selvekspanderende metal stent ved malign kolorektal obstruktion. Ugeskr Læger 2014;176:V05130335.
2. Iversen LH, Kratmann M, Boje M et al. Self-expanding metallic stents as bridge to surgery in obstructing colorectal cancer. Br J Surg 2011;98:275-81.
3. van Hooft JE, Bemelman WA, Oldenburg B et al. Colonic stenting versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a multicentre randomised trial. Lancet Oncol 2011;12:344-52.
4. Lee JG, Yoo KH, Kwon CI et al. Angular positioning of stent increases bowel perforation after self-expandable metal stent placement for malignant colorectal obstruction. Clin Endosc 2013;46:384-9.
5. Iversen LH, Bulow S, Christensen IJ et al. Postoperative medical complications are the main cause of early death after emergency surgery for colonic cancer. Br J Surg 2008;95:1012-9.

## LEDER

Lene Hjerrild Iversen

Ugeskr læger

2014;176:V65241

## KORRESPONDANCE:

Lene Hjerrild Iversen,  
Kirurgisk Afdeling P,  
Aarhus Universitetshospital,  
Tage-Hansens Gade 2,  
8000 Aarhus. E-mail:  
lene.h.iversen@dadnet.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

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