

Vellykket endoskopisk dilatation af stenoseret ileorektal anastomose ved akut ileus

Jane Christensen Kjærgaard, Jakob Hendel & Ismail Gögenur

KASUISTIK

Gastroenheden,
Herlev Hospital

Ugeskr læger
2014;176:V11120675

Mb. Crohn er en inflammatorisk tarmsygdom, som er karakteriseret ved segmentære, granulomatøse og transmuralt inflammerede områder, der kan medføre fibrose med stenoser, fistulering og perforation. Sygdommen kan angribe hele gastrointestinkanalen, og forløbet er karakteriseret ved varierende sygdomsaktivitet og -remission [1]. Afhængig af sygdomsaktiviteten og karakteren af tarmaffektionen vil medicinsk behandling oftest være førstevalg, men er ofte utilstrækkelig, og 70% af patienterne får en tarmresektion inden for de første ti år efter diagnosen [2]. Inflammationen recidiverer hyppigt på trods af radikale resektioner, hvorfor det anbefales at fjerne mindst muligt tarm for at undgå korttarmssyndrom [1]. Ved behov for total kolektomi kan der – ved sygdomsfri rectum – anlægges ileorektal anastomose, men her ses også hyppigt fornyet inflammation og stenoser [3]. Tidligere blev dette behandlet med resektion af det afficerede tarmstykke eller strikturoplastik, men siden 2005 er endoskopisk ballondilatation blevet implementeret i Danmark som et sikkert og tarmbesparende alternativ [4].

SYGEHISTORIE

En 51-årig mand havde haft mb. Crohn siden 1997, hvor han fik foretaget total kolektomi med sekundær ileorektal anastomose. Han blev indlagt i 2012 med

subileus, der blev behandlet med klyx. På en computertomografi sås der stenose i ileorektalanastomosen med præstenotisk dilatation (**Figur 1**). Under indlæggelsen blev der foretaget en sigmoideoskopi, som viste inflammatorisk sygdomsaktivitet i rectum samt relativ stenose ved ileorektalanastomosen. Man afstod i situationen fra endoskopisk dilatation, da patienten var i bedring, og der blev observeret fæces passere stenosen. Der blev til gengæld påbegyndt lokal antiinflammatorisk behandling og elektiv dilatation af stenosen.

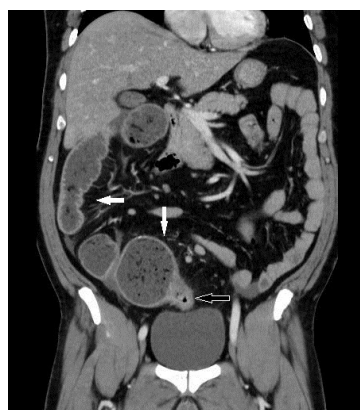
En måned senere blev han indlagt subfebril med akut ileus, turevise mavesmerter gennem seks dage, to døgn med afføringsstop og et døgn uden flatus-afgang. Der blev påbegyndt behandling med klyx, da dette havde haft god effekt ved sidste indlæggelse. Klyx var dog uden effekt, og han blev tiltagende smertepåvirket og højfebril. Der blev planlagt akut operation, men patienten afviste dette, da han ikke ønskede at få ileostomi. Da hans tilstand forværredes trods konservativ behandling med klyx og antibiotika, udførte man akut ballondilatation af stenosen og endoskopisk desufflering af den dilaterede tyndtarm. Umiddelbart i relation til indgrebet opnåede han tarmfunktion og blev udskrevet i velbefindende og afebril efter to døgn indlæggelse til fortsat ambulante antiinflammatorisk behandling.

DISKUSSION

Stenoser ved mb. Crohn opstår som følge af inflammation enten i form af fibrose eller muskelhyperplasi. Dette kan resultere i, at op til halvdelen af de patienter, der har fået etableret en ileorektal anastomose, senere kan få behov for at få anlagt permanent ileostomi [3]. At forsøge at udskyde tidspunktet for dette med noninvasiv behandling er at foretrække set i lyset af naturforløbet for patienter med mb. Crohn. I en nyligt publiceret gennemgang af 13 studier har man konstateret, at succesraten var på ca. 80%, og at behovet for kirurgi blev udsat med op til tre år ved behandling med ballondilatation [5]. Risikoen for større komplikationer er beregnet til at være < 5%, og der er ikke påvist direkte mortalitet ved indgrebet [5]. I et nyere retrospektivt dansk studie med 54 dilatationer hos 19 patienter med stenoser, genfandt man

FIGUR 1

Computertomografi. Stenosen ses nedadtil til højre (pil med hvid kant) lige før den dilaterede tyndtarm (hvide pile).



de ovennævnte fund [4] med klinisk succes hos 89%, lav komplikationsrate og kun ét tilfælde af perforation (1,9%). Dog fik 75% af patienterne recidiv af deres stenose. Det vurderes, at recidivraten kan nedbringes med teknisk optimering, og pga. den lave komplikationsrate er der ikke nogen grænse for, hvor mange redilatationer den enkelte patient kan gennemgå. Herved kan nogle patienter formentligt helt undgå kirurgi [4].

Endoskopisk ballondilatation udføres primært elektivt, og i de nævnte studier er der ikke inkluderet patienter med sepsis og/eller systemisk påvirkning. Der foreligger os bekendt ingen undersøgelser om metodens effekt og sikkerhed i en akut fase, men man kunne forvente, at komplikationsraten ville øges. Ballondilatation kan tilsyneladende anvendes i den akutte fase hos patienter med ileussyptomer pga. Crohnstenose i en ileorektal anastomose. Behandlingen skal naturligvis udføres af en endoskopør med

erfaring i endoskopisk dilatation af gastrointestinale stenoser og kun på hospitaler, hvor der er mulighed for akut operation, hvis der opstår en komplikation i forbindelse med indgrebet.

KORRESPONDANCE: Jane Christensen Kjærgaard, Blankavej 28, 3. th., 2500 Valby. E-mail: kjaergaard.jane@gmail.com.

ANTAGET: 22. februar 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 15. juli 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Dignass A, van Assche G, Lindsay JO, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *J Crohns Colitis* 2010;4:28-62.
2. Tøttrup A, Basu D. Kirurgisk behandling af Crohns sygdom. *Ugeskr Læger* 2004;166:571-4.
3. Elton C, Makin G, Hitos K et al. Mortality, morbidity and functional outcome after ileorectal anastomosis. *Br J Surg* 2003;90:59-65.
4. Karstensen J, Hendl J, Vilmann P. Endoscopic balloon dilatation for Crohn's strictures of the gastrointestinal tract is feasible. *Dan Med J* 2012;59(7):A44715.
5. Hassan C, Zullo A, De Francesco V et al. Systematic review: endoscopic dilatation in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:1457-64.

Antibiotic stewardship er etableret på Herlev Hospital

Magnus Arpi¹, Ida Gjørup², Jonas Bredtoft Boel³, Nina Bøggild³, Steen Werner Hansen⁴ & Jens Otto Jarløv¹

Internationale og danske undersøgelser har i de senere år vist en bekymrende stigning af multiresistente mikroorganismer og en stærkt øget forekomst af *Clostridium difficile* hos indlagte patienter [1, 2]. Ved infektion med disse mikroorganismer ses øget mortalitet, morbiditet og forlænget indlæggelsestid [3]. Et uhensigtsmæssigt højt forbrug af cefalosporiner og quinoloner ligesom et højt totalforbrug af antibiotika har vist sig at medvirke til at selektere for disse mikroorganismer [4]. I Danmark har forbruget af både cefalosporiner, quinoloner og totalforbruget været successivt stigende den seneste tiårsperiode [5], en udvikling, som også er observeret på Herlev Hospital. Antibiotic stewardship (AS) er et etableret begreb i den videnskabelige litteratur. Det primære mål med AS er at optimere det kliniske behandlingsresultat for både nuværende og fremtidige patienter og samtidig minimere utilsigtede konsekvenser af antibiotikabehandling. Der foreligger gode og udførlige praktiske guidelines om AS [6-8]. En høj forekomst af *C. difficile* og multiresistente mikroorganismer på Herlev Hospital kombineret med et uhensigtsmæssigt højt forbrug af cefalosporiner og quinoloner var anlednin-

gen til, at man i 2010 besluttede, at AS skulle være et fokusområde med det primære mål at reducere forbruget af cefalosporiner, quinoloner og totalforbruget af antibiotika kraftigt. Organiseringen af indsatsen, implementeringen og de foreløbige resultater præsenteres.

METODE

Fase 1. Antibiotikainsats på udvalgte afdelinger – audit Antibiotikaaudit

En klinisk mikrobiolog og en infektionsmediciner foretog en gennemgang af alle journaler inkl. opslag i det elektroniske patientmedicinmodul for alle patienter, som var indlagt på den pågældende afdeling kl. 08.00 den pågældende dag. Følgende blev registreret på et fortrykt registreringsskema modificeret efter Gyssens metode [8]: indikation for antibiotikabehandling (klinik, laboratoriesvar, billeddiagnostik), allergi, aktuel og forudgående antibiotikabehandling, dosis, dosisinterval, administrationsform, mikrobiologisk prøvetagning og mikrobiologiske prøvesvar. Der blev i perioden juni 2010-februar 2011 gennemført audit på Medicinsk Afdeling O, Hæmatologisk Af-

UDVIKLINGS-ARTIKEL

- 1) Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev Hospital
- 2) Infektionsmedicinsk Afsnit, Medicinsk Afdeling O, Herlev Hospital
- 3) Apoteket, Herlev Hospital
- 4) Direktionen, Herlev Hospital

Ugeskr Læger
2014;176:V11120660