

# Stentbehandling af fistulerende benign colonstriktur

Reservelæge Jakob Lykke, afdelingslæge Mark Berner Hansen & overlæge Søren Meisner

H:S Bispebjerg Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K

Anvendelse af selvekspanderende metalstent (SEMS) til maligne obstruktioner/strikturer er en veletableret behandlingsmodalitet bl.a. ved øsofagus-cancer [1] og kolorektal cancer (KRC) [2, 3]. Der er hidtil kun rapporteret om enkelttilfælde med anvendelse af SEMS til benigne lidelser i colon og rectum [4], og indtil videre anbefales SEMS ikke til benigne lidelser, bl.a. pga. risikoen for perforation, migration og tidlig restenosing [4]. Anvendelse af SEMS til behandling af kolovesikale fistler er sporadisk beskrevet i den internationale litteratur og kun i forbindelse med maligne lidelser [5].

Ved benigne lidelser, hvor patientens tilstand ikke tillader konventionel terapi med åben kirurgisk intervention, kan anvendelse af SEMS være en mulighed. Her rapporteres om et sådant tilfælde.

## Sygehistorie

En 69-årig mand blev henvist til en urologisk afdeling grundet hæmaturi og kronisk urinvejsinfektion. Patienten, der havde kendt essentiel hypertension, havde forud for indlæggelse fået flere cerebrale apopleksier. Der var påvist en carotisstenose, hvorfor der to måneder forinden var blevet foretaget carotis end-arterektomi med godt resultat. Patienten blev frarådet operation i universel anæstesi pga. risiko for ny apopleksi. Ved cystoskopi var der i venstre side af urinblæren blevet påvist en tumor, der strakte sig ned langs bagvæggen. Biopsier herfra viste inflammatoriske forandringer uden tegn på malignitet. Nogle af



**Figur 1.** En udfoldet vel-placeret ucoated selvekspanderende metalstent (SEMS) uden tegn på restenosing eller fistel. En wire blev endoskopisk og under røntgengennemlysning ført oralt forbi stenosen. Herefter blev skopet retraheret, og stentsystemet blev ført på plads over wiren, hvorefter stenten blev »udløst« ved stenosen og fistlens placering.

biopsierne indeholdt intestinalt slimhindevæv, hvorfor der på mistanke om kolovesikal fistel blev foretaget en computertomografi (CT), som viste luft i blæren, fortykket blærevæg mod venstre og divertikler i sigmoideum, men ingen tegn på tumor.

Patienten blev henvist til en kirurgisk gastroenterologisk afdeling på mistanke om en kolovesikal fistel. Her blev der foretaget sigmoideoskopi, hvor der fandtes vanskelig passage for skopet op gennem sigmoideum som ved en stenose med talrige divertikler. I midten af sigmoideum kunne der ses en ulceration, som ved en efterfølgende røntgenundersøgelse med indhældning viste sig at være en kolovesikal fistel.

Da patienten havde en betydelig medicinsk komorbiditet og selv meget nødig ønskede elektiv operation, besluttede man at afstå fra åben kirurgisk behandling med excision af fistel og resektion af det afficerede sigmoideumsegment. I stedet valgte man endoskopisk at anlægge en coatet SEMS, hvilket forløb uden problemer. Desværre blev stenten kvitteret per anum få timer efter anlæggelsen, og symptomerne reciderede. For nyet endoskopisk behandling blev forsøgt to måneder senere med opsættelse af en ucoated SEMS med størst mulig diameter i begge ender og på midten (Niti-S Colorectal Bare Stent, Taewoong Medical Co., Ltd, Korea) (**Figur 1**). Patientens blæresymptomer forsvandt herefter, og der blev foretaget røntgen af colon med indhældning. Der sås velplaceret stent uden tegn på restenosing eller kontrastoverløb til urinblæren (inaktiv fistel). Patienten var fortsat uden fistel- eller stenosesymptomer fem måneder efter opsættelse af den ucoatede stent.

## Diskussion

Benigne strikturer i colon og rectum kan opstå efter kolorektal kirurgi, strålebehandling, inflammatorisk tarmsygdom, og som i dette tilfælde, efter divertikulitis.

Der foreligger kun enkelte kasuistiske rapporter om brug af SEMS i forbindelse med benigne colonlidelser [4], dog ingen i forbindelse med benign kolovesikal fistel. Den omtalte sygehistorie viser, at SEMS kan være et terapeutisk alternativ til åben kirurgi hos selekterede patienter med benigne colonlidelser.

I litteraturen anbefales coatet SEMS frem for ucoated SEMS ved benigne lidelser i gastrointestinkanalen [3]. Ved maligne lidelser, eksempelvis koloniliev ved KRC, hvor SEMS'en fjernes ved efterfølgende operation eller er anlagt som led i pallierende terapi, anvendes derimod ucoatede SEMS. Fordelen ved coatede SEMS er bl.a., at de er nemmere at fjerne igen. Ulempen er en større risiko for migration. I den omtalte sygehistorie blev der først anvendt en coatet SEMS, men pga. den

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

---

tidlige migration med efterfølgende kvittering blev der forsøgt med en ucoatet SEMS.

Det skal dog understreges, at yderligere kliniske studier er nødvendige for at afklare det endelige indikationsområde for SEMS til benigne lidelser. Specielt er det nødvendigt at få identificeret, hvilke typer stent, der er anvendelige til disse tilstande, og tidsperspektiverne for dem.

---

Korrespondance: *Jakob Lykke*, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: jly@dadlnet.dk

Antaget: 10. april 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. May A, Hahn EG, Ell C. Self-expanding metal stents for palliation of malignant obstruction in the upper gastrointestinal tract. *J Clin Gastroenterol* 1996; 22:261-6.
2. Meisner S, Hensler M, Knop FK et al. Self-expanding metal stents for colonic obstruction: experiences from 104 procedures in a single center. *Dis Colon Rectum* 2004;47:444-50.
3. Mergener K, Kozarek RA. Stenting of the gastrointestinal tract. *Dig Dis* 2002; 20:173-81.
4. Paul L, Pinto I, Gomez H et al. Metallic stents in the treatment of benign diseases of the colon: preliminary experience in 10 cases. *Radiology* 2002;223: 715-22.
5. Cwikiel W, Andren-Sandberg A. Malignant stricture with colovesical fistula: stent insertion in the colon. *Radiology* 1993;186:563-4.