

Sigmoideoskopi

Overlæge Gunnar Baatrup

Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Kirurgisk Afdeling

Sigmoideoskopi er førstevalg i de fleste tilfælde, hvor man ønsker at kunne erkende rectum og den anale del af colon visuelt. 80% af alle sigmoideoskopier udføres ved mistanke om kolorectal cancer. Undersøgelsen er også velegnet ved mistanke om eller kontrol af inflammatoriske tilstande i kolorectum. Sigmoideoskopet er velegnet til terapeutiske procedurer i de nederste 60 cm af kolorectum.

Sigmoideoskopi er mere patientvenlig end rektoskopi og bevirker, at større dele af tarmen kan erkendes visuelt [1]. Under 10% af de undersøgte patienter angiver stærke smerter under indgrebet. Ved rektoskopi kan man visuelt erkende i gennemsnit de nederste 18 cm af tarmen, og man kan således se ca. en tredjedel af alle cancere, hvorimod man ved sigmoideoskopet kan se ca. to tredjedele af alle kolorektale cancere, da undersøgelsen muliggør visuel erkendelse af gennemsnitlig 50 cm af tarmen [2, 3]. Ved terapeutiske procedurer kan tarmen holdes luftfyldt og udspilet under processen, hvilket gør indgrebene lettere og mere sikre end ved rektoskopi [4].

Dansk Kirurgisk Selskab anbefaler sigmoideoskopi som første endoskopiske undersøgelse til alle patienter, der skal udredes for kolorektal cancer, undtagen patienter med defineret høj risiko, til hvem primær koloskopi anbefales [5].

Kontraindikationer

Absolutte kontraindikationer er mistanke om peritonitis, tarmperforation og akut divertikulitis.

Relativ kontraindikation er: Svært påvirket almentilstand.

Der skal udvises forsigtighed ved mistanke om tarmiskæmi og svær inflammation i tarmen. Undersøgelser af patienter, der lider af ovenstående, skal udføres af en rutineret endoskopør.

Forberedelse af patienten

Der skal gives antibiotika før undersøgelsen af patienter med kunstig hjerteklap og af immunsupprimerede patienter.

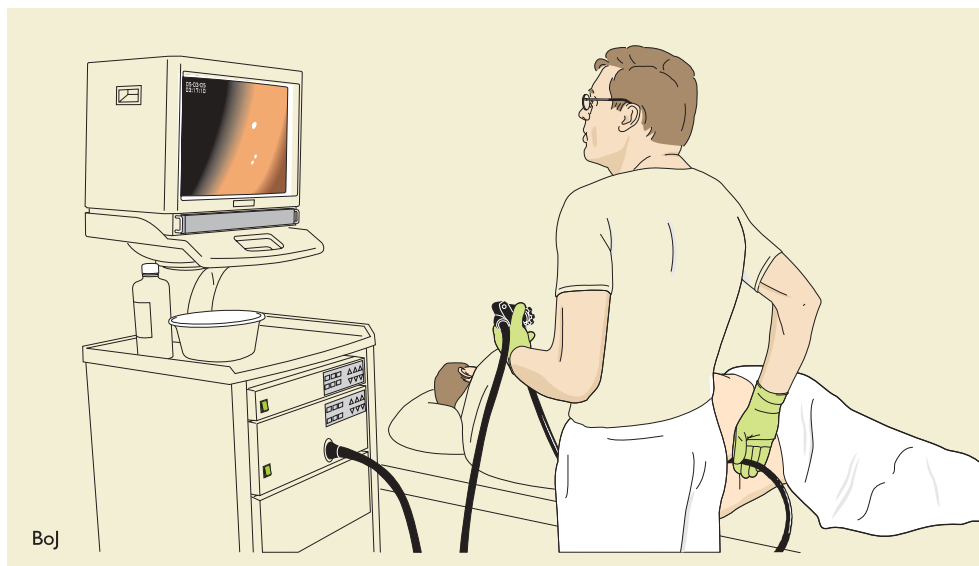
Generel anæstesi kan i sjældne tilfælde være nødvendig ved f.eks. stråleproctitis og analfissur.

Ambulante patienter uden obstipationstendens udtømmes med klyster 240 ml givet to timer før undersøgelsen. Denne procedure sikrer sufficient udrensning hos 75-85% af patienterne, men er ofte insufficient hos patienter med obstipation og hos immobile patienter. Immobile patienter og patienter med obstipation bør ordineres fiberfattig eller flydende kost i to dage inden undersøgelsen og gives et klyster på 240 ml både aftenen før og to timer inden undersøgelsen.

Instruktion af patienterne

Patienterne instrueres mundtligt og skriftligt om undersøgelsens forløb. De tilsendes inden undersøgelsen en udtømningsinstruks. Undersøgelsen tager 5-10 min og kan være ubehagelig, og et mindretal af patienterne oplever stærke smerter. Ved diagnostiske skopier er risikoen for komplikationer lille.

Typisk opstilling ved nedre endoskopier.



Boj

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Ved terapeutiske procedurer må patienten informeres om evt. perforations- og/eller blødningsrisiko.

Redskaber og utensilier

Nedre endoskopier bør udføres i velegnede lokaler med mulighed for udluftning og med håndvask. Der skal være et separat lokale til rengøring af skoper. Rengøring af skoper skal følge nationale standarder for desinfektion og smitteforebyggelse. Der anvendes et 60 cm sigmoideoskop, usterile engangshandsker og forklæde. Ved terapeutiske procedurer bør man råde over diatermisk udstyr med tilhørende jordplader til patienten og et bredt udvalg af tænger, slynger m.m. Udføres proceduren af ikkelægeligt personale, eller foregår der oplæring i proceduren, skal man have mulighed for fotodokumentation, og videendoskopisk udstyr er standard de fleste steder.

Procedure

Patienten lejres på venstre side. Hvis patienten aflædes ben- og underbenklæder, skal han tildækkes med et tæppe. Der foretages en anal inspektion og rektal eksploration. Der anvendes rigelig eksplorationscreme på skopet. Skopet indføres. Man sikrer sig løbende, at spidsen af skopet bevæger sig frem i tarmen i nogenlunde samme tempo, som skopet føres frem med. Slynger kan ikke altid undgås, men skal minimeres, da de medfører, at skopet ikke kommer langt nok op i tarmen, og desuden medfører det smerter for patienten. Hvis der opstår smerter ved forsøg på at rette en slynge ud, skal man afstå fra dette. Colon sigmoideum kan være fikseret. Når skopet er ført helt frem, insufleres der luft, til der er god oversigt, og tarmslimhinden inspiceres under tilbagetrækningen. Alle fund beskrives med udseende, størrelse angivet i mm, og i hvilket tarmsegment de ligger placeret. Personale uden tilstrækkelig rutine i undersøgelsen skal superviseres. Ved neoplastiske læsioner i rectum skal højden i tarmen kontrolleres med et stift rektoskop, da neoplasier i colon og rectum i mange tilfælde skal behandles forskelligt.

Efterfølgende kontrol

Efter endoskopisk fjernelse af store polypper over omslagsfol- den skal patienten observeres i mindst to timer. Ved mistanke om perforation skal patienten indlægges til observation.

Risici ved indgrebet

Risiko for perforation af tarmen er angivet til at være 0,01% og altså lig den, der findes for rektoskopi, og ca. 20 gange mindre end den, der findes for koloskopi [6]. Efter terapeutiske procedurer er risikoen højere, og der kan da også være risiko for blødning. Blødningen kan opstå flere dage efter indgrebet.

Undersøgelser

Sigmoideoskopi udføres flere steder, også i Danmark, med godt resultat af specielt trænede sygeplejersker [7].

Korrespondance: *Gunnar Baatrup*, Kirurgisk Afdeling, Haukeland Universitets- sjukehus, Bergen, Norge.
E-mail: gunnar.baatrup@helse-bergen.no

Antaget: 14. september 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Kirurgisk Selskab.

Litteratur

1. Statens Institut for Medicinsk teknologivurdering. Kræft i tyktarm og ende- tarm. Diagnostik og screening. Medicinsk Teknologivurdering, 2001:3. www.sst.dk
2. Grene FL. Distribution of colorectal neoplasms. *Am Surg* 1983;49:62-5.
3. Traul DG, Davis CB, Pollock JC et al. Flexible fiberoptic sigmoidoscopy. *Dis Colon Rectum* 1983;26:161-6.
4. Spencer RJ, Wolff BG, Ready RL. Comparison of the rigid sigmoideoscope and the flexible sigmoideoscope in conjunction with colon x-ray for detection of lesions of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1983;26:653-5.
5. Dansk Kirurgisk Selskab. Retningslinier for diagnostic og behandling af kolo- rektal cancer. 3. udgave. København: Dansk Kirurgisk Selskab, 2005. www.kirurgisk-selskab.dk
6. Brandeneau ML, Eddy DM. The work up of the asymptomatic patient with a positive fecal occult blood test. *Med Discs Making* 1987;7:32-46.
7. Goodfellow PB, Freetwell IA, Simms JM. Nurse endoscopy in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 2003;83:181-4.

Depression hos børn og unge

Læge Merete Juul Sørensen & professor Per Hove Thomsen

Århus Universitetshospital,
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov

Fokus på depression hos børn og unge har været stigende gennem de seneste årtier. Holdningerne har svinget fra overbevisning om, at børn og unge ikke kan blive deprimerede, til

inklusion af diverse adfærdsmæssige og emotionelle forstyrrelser i kategorien maskeret depression. Aktuelt stiger antallet af børn og unge, der henvises til børne- og ungdomspsykiatriske vurdering, og en stigende andel diagnosticeres med depression.

Formålet med artiklen er at beskrive den nuværende viden om forekomst, symptomatologi og risikofaktorer ved depression hos børn og unge. Hvor ikke andet er nævnt, menes der med depression: *major depressive disorder* (MDD), som det