

# Organisation og tidlige operationsresultater efter ileo-pouch-anal-anastomose

1. reservelæge Ken Ljungmann, cand.cient.san. Anette Bendixen, professor Søren Laurberg & professor Henrik Kehlet

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling P, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Monitorering, Kvalitet og Evaluering, og Rigshospitalet, Enhed for Kirurgisk Patofysiologi

## Resume

**Introduktion:** Moderne kirurgisk behandling efter proktokolektomi for colitis ulcerosa og familiær adenomatøs polypose indebærer oftest dannelse af et ileumreservoir (*pouch*) med direkte anastomose til analkanal (IPAA). Indgrebet er kompliceret med risiko for både tidlige og sene kirurgiske komplikationer, som kan medføre dårligt funktionelt resultat eller tab af *pouch*. Formålet med denne undersøgelse var at kortlægge organisationen og 30-dagesresultatet efter IPAA-kirurgi i Danmark i perioden 2001-2005.

**Materiale og metoder:** Opgørelsen er baseret på oplysninger fra Landspatientregistret og suppleret med udvalgte epikriser fra femårsperioden 1. januar 2001-31. december 2005. Opgørelsen omfatter ikke patienter under 18 år.

**Resultater:** Der blev i perioden udført 385 *pouch*-operationer (77 pr. år), fordelt på seks afdelinger. På en afdeling udførte man 31% af operationerne, mens de øvrige afdelingers andele androg 20%, 19%, 13%, 9% og 8%. Den gennemsnitlige postoperative indlæggelsestid (primær- og genindlæggelse inden for 30 dage) var 13,5 dage. 24% blev genindlagt inden for 30 dage, og 8% blev reopereret. Mortaliteten var 0,3%. De små tal muliggør ikke statistisk vurdering af resultaterne imellem afdelingerne.

**Konklusion:** Sammenholdt med internationale data over indlæringskurver og morbiditet bør IPAA-kirurgien i Danmark reorganiseres, så operationerne kun udføres på 2-3 afdelinger, hvilket også vil muliggøre implementering af laparoskopisk IPAA.

Den anbefalede kirurgiske behandling af colitis ulcerosa (UC) og familiær adenomatøs polypose (FAP) er i de fleste tilfælde restorativ proktokolektomi med anlæggelse af en *pouch*, der er tildannet af den distale ileum og anastomoseret til analkanal (IPAA) (Figur 1). Herved undgås permanent ileostomi, og livskvaliteten bliver generelt forbedret hos mere end 90% af patienterne efter IPAA [1]. Mortaliteten ved indgrebet rapporteres at være lav (0-1%), hvorimod morbiditeten beskrives som relativ høj, 13-63% afhængigt af opfølgningstid og inkluderede symptomer [1, 2]. Siden proceduren først blev beskrevet i 1978 [3], har der fundet en løbende udvikling af teknikken sted, senest med implementeringen af laparoskopisk teknik ved enkelte udenlandske institutioner [4].

Indlæringskurven for den stadig fremherskende konventionelle åbne operation er i et stort amerikansk materiale for nylig opgjort til 20-40 operationer [5]. Der findes ingen opgørelser over landsresultaterne for IPAA-kirurgi, og det er uvist, hvor mange *pouch*-operationer der udføres årligt i Danmark og på hvilke hospitaler. Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at operationerne udføres på seks hospitaler [6]: Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus. Formålet med denne undersøgelse var at belyse organiseringen og 30-dagesresultatet efter IPAA-kirurgi i Danmark i perioden 2001-2005 og at forsøge at vurdere, om der er et misforhold mellem praksis og nødvendig kirurgisk ekspertise/afdelingsekspertise ved disse vanskelige operationsforløb. Herved ønsker vi at bidrage til debatten om den fremtidige tilrettelæggelse af den kirurgiske behandling af UC- og FAP-patienter.

## Materiale og metoder

Analysen er baseret på udtræk fra Landspatientregistret (LPR) fra perioden den 1. januar 2001 til den 31. december 2005.

Alle indlæggelser, hvor der var registreret *pouch*-operation hos patienter fyldt 18 år, blev undersøgt (operationskoder KJFH30 kolektomi/mukosarektotomi/ileoanal anastomose uden ileostomi, KJFH33 kolektomi/mukosarektotomi/ileoanal anastomose med ileostomi eller KJGB50 mukosaproktotomi og ileoanal anastomose). I forbindelse med *review* af artiklen blev man fra afdelingerne på hhv. Hvidovre Hospital, Aalborg Sygehus og Odense Universitetshospital gjort opmærksom på, at man ifølge egne registreringer havde foretaget flere *pouch*-operationer, end der var primært opgjort. Epikriser og fornyede LPR-udtræk blev rekvireret, og diskrepansen viste sig at skyldes en fejlagtig anvendelse af operationskoden KJGB00 resectio recti, hvilket medførte inklusion af yderligere 55 patienter. Ved gennemgang af indkaldte epikriser på patienter, der var registreret med denne operationskode, fandt man to og tre patienter fra hhv. Hvidovre Hospital og Odense Universitetshospital, der ifølge epikrisen havde fået foretaget *pouch*-operation, men for hvem der ikke forelå dækkende oplysninger i LPR-udtrækket, hvorfor disse ikke er medtaget i opgørelsen.

Udtræk fra LPR inkluderede afdeling, antal operationer, aktionsdiagnoser (A-diagnoser), køn, alder på operationstidspunktet, 30-dages-mortalitet og hospitalsmortalitet, postoperativ liggetid, genindlæggelse inden for 30 dage og reoperation under primærindlæggelse eller genindlæggelse. Postoperativ liggetid er defineret som den primære indlæggelse, overflytninger og eventuel genindlæggelse inden for 30 dage.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Hospitalsmortaliteten er defineret som mortalitet under den primære indlæggelse inklusive eventuel genindlæggelse eller overflytning til anden afdeling inden for 30 dage postoperativt.

Det var på forhånd forventet, at IPAA-kirurgien blev varetaget på seks hospitaler (Rigshospitalet, Hvidovre Hospital, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Århus Sygehus og Aalborg Sygehus). Epikriser på patienter, der var registreret med *pouch*-operation, men ikke var opereret på en af de forventede afdelinger, blev rekvireret til nærmere undersøgelse.

## Resultater

Der blev i femårsperioden 2001-2005 udført i alt 385 *pouch*-operationer på seks afdelinger (Tabel 1). Patienternes gennemsnitsalder var 36 år, og der var ligelig kønsfordeling. Langt de fleste (86%) af operationerne blev udført hos patienter, der var registreret med aktionsdiagnosen UC (DK51.\*), mens FAP (DD12.6\*), mb. Crohn (DK50.\*), kolorektal cancer (DC\*.\*), »tilstand med stomi« (DZ93.2) og »andre« (overvejende obs.-koder DZ03.\*) udgjorde hhv. 3%, 1%, 3%, 4% og 3%. Der var ingen forskel de seks afdelinger imellem, hvad angår patientdemografi (data ikke vist).

Tabel 1 viser fordelingen i postoperativ liggetid (gennemsnitligt 13,5 dage) og hospitalsmortalitet (0,3%) uden forskel afdelingerne imellem.

I Tabel 2 vises genindlæggeshyppighed, antal reopererede og tidlige kirurgiske komplikationer. Der er ikke nogen

Figur 1. Ileoanal *pouch* (fra Kirurgisk kompendium 2003, med tilladelse).



entydig sammenhæng mellem patientantal og antallet af reoperationer. På de to afdelinger, hvor man opererede flest patienter, var der den laveste reoperationshyppighed. Således udførte man på en afdeling 31% af operationerne, mens de øvrige afdelingers andele androg henholdsvis 20%, 19%, 13%, 9% og 8%. Det eneste dødsfald i den postoperative periode fandtes hos en 60-årig kvinde, der havde medicinsk behandlingsresistent Crohn colitis og svækket almentilstand præoperativt, hvor operationen kompliceredes af efterfølgende mesenterial trombose.

Kun i et tilfælde måtte *pouch*'en fjernes inden for 30 dage grundet anastomoselækage. En patient blev registreret som *pouch*-opereret to gange i henholdsvis 2001 og 2003, hvor reoperationen skyldtes en lang rektal stump.

Tabel 1. Antal *pouch*-operationer i Danmark (patienter  $\geq$  18 år) i perioden 2001-2005, hospitalsmortalitet og gennemsnitlig postoperativ liggetid fordelt på sygehuse.

Sygehus	Operationer, n	Operationer pr. år, n					Hospitalsmortalitet, %	Gennemsnitlig postoperativ liggetid, dage
		2001	2002	2003	2004	2005		
Herlev Hospital	34	7	5	4	11	7	2,9	12,2
Odense Universitetshospital	72	15	10	14	13	20	0	15,5
Aalborg Sygehus	30	8	3	6	7	6	0	13,0
Århus Sygehus	120	19	19	32	27	23	0	14,6
Rigshospitalet	52	10	12	11	6	13	0	12,4
Hvidovre Hospital	77	14	16	17	14	16	0	11,3
I alt	385	73	65	84	78	85	0,3	13,5

Tabel 2. Genindlæggeshyppighed inden for første 30 postoperative dage, antal reopererede patienter, antal patienter, der blev reopereret mere end en gang, og reoperationshyppighed (kun første reoperation) fordelt på sygehuse.

	Herlev Sygehus	Odense Universitetshospital	Aalborg Sygehus	Århus Sygehus	Rigshospitalet	Hvidovre Hospital	I alt
Genindlæggeshyppighed, %	14,7	38,9	25,0	20,0	23,1	19,5	23,9
Antal reopererede patienter	5	14	3	4	0	4	30
Antal patienter reopereret mere end en gang	0	7	1	0	0	1	7
Reoperationshyppighed, %	14,7	19,4	10,3	3,3	0,0	5,2	7,8
<i>Årsag til reoperation, antal operationer</i>							
Ileus	0	2	0	0	0	2	4
Stomirevision	2	1	0	0	0	0	3
Sårruptur	0	5	0	1	0	0	6
Anastomoselækage	0	2	0	0	0	0	2
<i>Pouch</i> -excision	0	0	1	0	0	0	1
Abscesdrænage	1	4	3	2	0	2	12
Andet	2	6	0	1	0	2	11

### Diskussion

Undersøgelsen af landsresultaterne for ileo-*pouch*-anal-anastomose-kirurgien i perioden 2001-2005 viser umiddelbart acceptable resultater sammenlignet med resultaterne i andre undersøgelser [1, 2] med en lav mortalitet (0,3%) og en hospitaliseringstid på ca. to uger, trods det forhold at de 77 årlige operationer udførtes på seks afdelinger, hvoraf man på en enkelt udførte 31% af operationerne. Imidlertid var operationerne efterfulgt af en relativt høj genindlæggelsesfrekvens og reoperationsfrekvens, men det lille datamateriale muliggør ikke, at man kan argumentere for en ændret organisation af denne teknisk og plejemæssigt vanskelige kirurgi på et validt statistisk grundlag. I opgørelsen fokuseres der kun på det tidlige operationsresultat i forbindelse med *pouch*-konstruktionen. Blandt de her rapporterede tidlige komplikationer må især hyppigheden af abscesdrænage betragtes som minimumstal, idet denne primært udføres ultralydvejledt på røntgenafdelingerne, hvor der endnu ikke er krav om registrering af procedurekoder. Da hovedparten af patienterne får anlagt en aflastende temporær loopileostomi, kan vi ikke udtale os om de for *pouch*-funktionen betydningsfulde sene komplikationer, som fisteldannelse, pouchitis, analstriktur etc.

I Sundhedsstyrelsens anbefalinger foreslås det, at *pouch*-kirurgien centraliseres på seks afdelinger [6], hvilket formentlig bør tages op til debat, idet den kirurgiske og plejemæssige ekspertise med den nuværende organisation næppe er hensigtsmæssig set i lyset af nyere internationale erfaringer. Således har man på Cleveland-klinikken, hvor man har en overordentlig stor erfaring, påvist en indlæringskurve for operationen på 20-40 operationer [5], hvor der herudover kræves et vist årligt operationsantal for at opretholde ekspertisen. Disse krav kan slet ikke opfyldes med den nuværende organisering af *pouch*-kirurgien i Danmark. Endvidere har udviklingen in-

den for den laparoskopiske kirurgi muliggjort, at operationen kan laves med et optimeret forløb, lille morbiditet og kort hospitalisering, ligesom det kosmetiske resultat er betydelig bedre og værdifuldt for den overvejende yngre aldersgruppe, som får foretaget *pouch*-kirurgi [4, 7]. En introduktion af laparoskopisk *pouch*-kirurgi vil således kun være mulig i Danmark, såfremt operationen udføres færre steder og dermed muliggør tilstrækkelig kirurgisk erfaring.

Sammenfattende giver denne opgørelse over *pouch*-kirurgien i Danmark grundlag for en fornyet debat om centralisering af teknisk vanskelig kirurgi. Det foreslås under hensyntagen til det lille antal operationer pr. år sammenholdt med udviklingsmulighederne, at disse kun udføres på 2-3 afdelinger. Resultaterne bør også stimulere til en landsoversigt over langtidsresultaterne af *pouch*-kirurgien.

Korrespondance: *Anette Bendixen*, Enhed for Monitorering, Kvalitet og Evaluering Sundhedsstyrelsen, DK-2300 København S. E-mail: anbe@sst.dk

Antaget: 26. september 2007

Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Tak til Sundhedsstyrelsens Forskerservice for bistand i forbindelse med indhentning af udtræk fra Landspatientregisteret.

### Litteratur

1. Fazio VW, Ziv Y, Church JM et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg* 1995;222:120-7.
2. Oresland T, Fasth S, Nordgren S et al. The clinical and functional outcome after restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis* 1989;4:50-6.
3. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978;2:85-8.
4. Larson DW, Cima RR, Dozois EJ et al. Safety, feasibility, and short-term outcomes of laparoscopic ileal-pouch-anal anastomosis: a single institutional case-matched experience. *Ann Surg* 2006;243:667-70.
5. Tekkis PP, Fazio VW, Lavery IC et al. Evaluation of the learning curve in ileal pouch-anal anastomosis surgery. *Ann Surg* 2005;241:262-8.
6. Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 2001. [www.sst.dk/](http://www.sst.dk/) jan 2007.
7. Larson DW, Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. *Gastroenterology* 2004;126:1611-9.

## Subjektive hukommelsesklager hos ældre

### Er det tegn på demens?

Neuropsykolog Asmus Vogel

Rigshospitalet, Neurologisk Klinik,  
Nationalt Videnscenter for Demens

### Resume

Subjektive hukommelsesklager er hyppige blandt ældre. Der er ingen sikker sammenhæng mellem subjektive hukommelsesklager og aktuelt kognitivt funktionsniveau, men resultaterne af flere stu-

dier tyder på, at klager er relateret til fremtidig udvikling af demens. Klager over hukommelsessvigt er konsistent relateret til affektive symptomer og bestemte personlighedstræk. Mange demente har allerede tidligt i deres sygdom svigtende erkendelse af symptomer og klager derfor måske ikke. Oplysninger om svækket hukommelse hos en ældre person bør medføre udredning af årsagen.