

Bedre endoskopisk behandling af blødende ulcus

1. reservelæge Benedicte V. Wilson,
e-mail: benedicte.wilson@ouh.fyns-amt.dk
& professor Ove B. Scaffalitzky de Muckadell

Odense Universitetshospital, Medicinsk Gastroenterologisk
Afdeling S

På trods af moderne diagnostik og behandling er det blødende mavesår stadig behæftet med en betydelig og stigende mortalitet [1], der til manges undren fortsat er på 5-10%. Forklaringen er formentlig det stigende forbrug af nonsteroid antiinflammatoriske stoffer (NSAID), samt at patienterne er stadig ældre [2], i øjeblikket oftest 70-80 år. Der har været betydelig usikkerhed om den mest effektive endoskopiske metode, og mange studier var ikke konklusive, bl.a. pga. et for lille patientmateriale. Formentlig pga. denne usikkerhed har mange valgt den mest enkle metode »endoskopisk injektion af fortyndet adrenalin« som standardbehandling. Det er imidlertid nu overbevisende vist, at tillæg af en yderligere behandling efter adrenalininjektion ved endoskopisk terapi af aktiv blødende ulcus giver bedre resultater.

I en metaanalyse gennemgår *Calvet et al* [3] alle randomiserede undersøgelser af kombinationsbehandling af blødende ulcus fra perioden 1990-2002. I alt 16 undersøgelser med 1.673 patienter indgår i analysen. Indgangskriterierne var: 1) randomiserede studier, 2) patienterne skulle have peptiske ulcera med høj risiko for reblødning, Forrest Ia (sprøjtende blødning), Ib (sivblødning), IIa (synligt kar) eller IIb (fastsiddende koagel), 3) der skulle være mindst to behandlingsarme: adrenalin alene versus adrenalin plus en yderligere hæmostatisk procedure, og 4) data skulle være evaluerbare. De yderligere behandlingsmodaliteter, som indgik, var: hæmoclip, *heater probe*, laser, el-koagulation og injektionsbehandling med: trombin, etanol, ætoksysklerol, fibrinklæber eller natrium-tetradecryl-sulfat. Alle studier var af en ret høj videnskabelig kvalitet.

Resultaterne viste, at tillæg af en yderligere behandling ud over adrenalin gav en reduktion af reblødningsfrekvensen fra 18,4% (155 af 840) til 10,6% (88 af 833), en odds-ratio på 0,53 (0,40-0,69), behov for akut kirurgisk intervention reduceredes fra 11,3% (90 af 795) til 7,6% (60 af 793), en odds-ratio på 0,64 (0,46-0,90). Med hensyn til mortaliteten faldt denne fra 5,1% (41 af 795) til 2,6% (21 af 793) en odds-ratio på 0,51 (0,31-0,84). Komplikationsfrekvensen var den samme i begge behandlingsarme, nemlig 1,1% signifikante komplikationer. Man fandt ingen forskel mellem de forskellige behandlinger, hverken på behandlingseffekt eller komplikationer, dog syntes der at være lidt flere perforationer ved laserbehandling, som også

syntes at være en mindre effektiv og dyrere behandling. Det bør dog understreges, at undersøgelserne ikke er designet til vurdering mellem de enkelte behandlingsmodaliteter, hvorfor der ikke kan drages nogen endelig konklusion om behandlingernes indbyrdes effekt.

Selv om den absolutte forbedring i hæmostase er relativ lille, fra 5% til 10%, repræsenterer den en reduktion på 30-50% i relativ reblødningsrisiko.

Det er overbevisende data, som her bliver publiceret. Der er langt imellem behandlinger, som giver en signifikant bedring både på morbiditet og mortalitet, og det må anbefales, at man på alle afdelinger, hvor der behandles patienter med ulcusblødning, drager konsekvensen af dette og indfører en kombinationsbehandling ved ulcera med høj reblødningsrisiko – fra sprøjtende blødning til fastsiddende koagel. Med de foreliggende data står det den enkelte afdeling frit for, hvilken kombination af behandlinger, der vælges.

Litteratur

1. Andersen IB, Bonnevie O, Jørgensen T et al. Time trends for peptic ulcer disease in Denmark, 1981-1993. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:260-6.
2. Higham J, Kang J-Y, Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of haemorrhage among older subjects. *GUT* 2002;50:460-4.
3. Calvet X, Vergara M, Brullet E et al. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology* 2004;126:441-50.