
Resultater etter akutt kirurgi og ileoanal anastomose ved ulcerøs kolitt

KLINIKK OG FORSKNING

BJØRN LIEN D.Y.*

Email: drlien@start.no
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
0316 Oslo

TORBJØRN LØTVEIT

Rikshospitalet
0027 Oslo
* Nåværende adresse:
Fylkessjuehuset i Molde
6400 Molde
Kirurgisk avdeling B

Pasienter med alvorlig forløp av ulcerøs kolitt vil ofte få utført akutt kolektomi som livreddende behandling. En del av dem vil etter noen måneder få tilbud om reservoarkirurgi med anlegging av ileoanal anastomose.

Alle pasienter (n = 80) som ble akutt operert for ulcerøs kolitt ved Rikshospitalet i perioden mai 1985 – august 1998, ble fulgt prospektivt. 40 av disse ble senere vellykket operert med ileoanal anastomose, hvorav 36 fikk tilsendt et spørreskjema om analfunksjon.

Ingen pasienter døde under sykehusoppholdet eller innen 30 dager etter akutt kolektomi. Det oppstod postoperative komplikasjoner som medførte reoperasjon hos fem pasienter (6 %). Alle de 31 pasientene som returnerte spørreskjemaet angav at de hadde full kontroll over avføringen. To brukte likevel bleier om natten, ingen gjorde det om dagen. Gjennomsnittlig tømmingsfrekvens var seks per døgn. 14 pasienter (45 %) hadde vanligvis avføring om natten. Alle pasientene ville valgt ileoanal anastomose igjen hvis de fikk valget mellom denne type operasjon og ileostomi. 87 % var fornøyd med operasjonsresultatet, 10 % var middels fornøyd, 3 % var ikke fornøyd.

Resultatene etter akutt kolektomi ved alvorlig ulcerøs kolitt er gode. Pasienter under 50 år som senere får anlagt ileoanal anastomose, vil kunne forvente en akseptabel analfunksjon.

Ulcerøs kolitt er en inflammatorisk tarmsykdom som affiserer mucosa i colon og rectum. Etiologien er ukjent (1, 2). Alvorlig ulcerøs kolitt, eksempelvis med colondilatasjon, klinisk peritonitt, eventuelt med colonperforasjon eller livstruende blødning, er en tilstand med høy mortalitet (3). Forverring kan tilkomme i løpet av timer. Dette sykdomsbildet kan utvikles i løpet av få dager hos en tidligere frisk person, eller oppstå akutt hos pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom (4). Ulcerøs kolitt har et fulminant forløp hos opptil 15 – 20 % av pasientene, og dette opptrer ofte innen ett år etter sykdomsdebut (1).

Akutt kirurgisk intervensjon vil ofte være indisert, og består i kolektomi eller i sjeldne tilfeller proktokolektomi, begge med anlegging av ileostomi (1 – 3, 5). Etter minimum tre måneder vil en del pasienter med ileostomi og bevart rectum få tilbud om reservoarkirurgi med anlegging av ileoanal anastomose. Denne metoden ble først beskrevet i 1947 (6), og ble introdusert ved ulcerøs kolitt i slutten av 1970-årene (7).

Selv om proktokolektomi vanligvis ikke er indisert primært, er fordelene med dette inngrepet at man sparer pasienten for en eventuell senere proktektomi, som vil være teknisk vanskeligere og mer tidkrevende på grunn av perirektal fibrose og tynntarmsadheranser. Ulempen er at pasienten senere ikke kan få ileoanal anastomose (2). Kolektomi med bevaring av rectum er et mindre radikalt inngrep, hvor man gir pasienten valgmuligheten, og dette er vårt førstevalg i dag.

Ved et alvorlig forløp, med hyppige blodige diareer og betydelig påvirket allmenntilstand, er også akutt kirurgi aktuelt hvis ikke intensiv medisinsk behandling gir remisjon i løpet av 4 – 5 dager (4). Intensiv medisinsk behandling består i total parenteral ernæring, kortikosteroider administrert intravenøst, eventuelt også antibiotika (1, 2). Omkring halvparten av pasientene vil få remisjon under slik behandling (3).

For pasientene kan det være vanskelig at avgjørelsen om kirurgi må tas raskt, uten at de får tilstrekkelig tid til mental forberedelse. De fleste vil være engstelige for selve inngrepet. I tillegg vil det for mange, spesielt de yngste pasientene, være tungt å akseptere en tilværelse med varig fremlagt tarm (8). I en slik situasjon vil det være viktig å kunne informere om prognosen ved akutt kolektomi, og om muligheten for en vellykket reetablering av analfunksjon senere (9).

Hensikten med denne studien var å registrere mortalitet og postoperative komplikasjoner prospektivt hos pasienter med ulcerøs kolitt som fikk utført akutt kolektomi/proktokolektomi ved Rikshospitalet i tidsrommet mai 1985 – august 1998, samt å undersøke analfunksjon hos de av pasientene som senere fikk anlagt ileoanal anastomose.

Materiale og metode

Alle pasienter som ble akutt operert for alvorlig ulcerøs kolitt ved Rikshospitalet fra mai 1985 til august 1998 ble fulgt prospektivt. Det var 46 menn og 34 kvinner. Median alder på operasjonstidspunktet var 35 år, spredning 10 – 81 år. Vi definerte ulcerøs kolitt som alvorlig ved minst ett av følgende symptomer eller funn:

- – > 6 makroskopisk blodige diareer per døgn
- – Klinisk peritonitt
- – Colonperforasjon
- – Dilatasjon > 8 cm over en større del av colon målt på røntgen oversiktsbilde

Diagnosen ble bekreftet ved histopatologisk undersøkelse av resektatet. Pasienter der sykdomsforløpet senere gav mistanke om Crohns sykdom, ble ekskludert fra studien.

Standard operasjonsmetode var kolektomi med blind lukking av rectumstumpen og ileostomi. I den aller første fasen av studien ble pasientene operert med fremlegging av rectum som en mukøs fistel ved bruk av Martells tang. Noen få pasienter som gav klart uttrykk for at de ikke ønsket en senere ileoanal anastomose og hvor det ble ansett forsvarlig bedømt ut fra allmenntilstanden, fikk primært utført proktokolektomi.

Pasienter som ønsket ileoanal anastomose og som ble funnet egnet for en slik operasjon, fikk utført denne tre måneder eller mer etter primæringrepet. Et J-formet reservoar ble konstruert ved bruk av distale del av ileum. Reservoalet ble anastomosert til analkanalen ved håndsydd anastomose eller ved staplerteknikk. Det ble anlagt en avlastende bøyleileostomi som ble lukket minimum tre måneder senere. Ileoanal anastomose ble ikke anlagt hos pasienter eldre enn 50 år.

Vi registrerte operasjonsindikasjon, operasjonsmetode, mortalitet samt komplikasjoner som krevde kirurgisk intervensjon. Andre komplikasjoner ble ikke systematisk registrert.

Pasientene som senere fikk anlagt ileoanal anastomose, ble etterundersøkt ved hjelp av et anonymt spørreskjema. Vi bad om opplysninger om kontinens, avføringsmønster, bruk av bleier, medikamenter og fiberblandinger. Pasientene ble spurt om de foretrakk ileostomi eller ileoanal anastomose, og om de var fornøyde med operasjonsresultatet. Det var også satt av plass til eventuelle kommentarer pasientene måtte ha.

Seks pasienter fikk utført proktokolektomi primært, med anlegging av permanent ileostomi. 74 pasienter ble operert med kolektomi, lukking av rectum blindt eller fremlegging av rectum som mukøs fistel, samt anlegging av midlertidig ileostomi som de hadde i minimum tre måneder. Av disse beholdt 34 ileostomien som permanent løsning, og de fikk senere utført proktektomi.

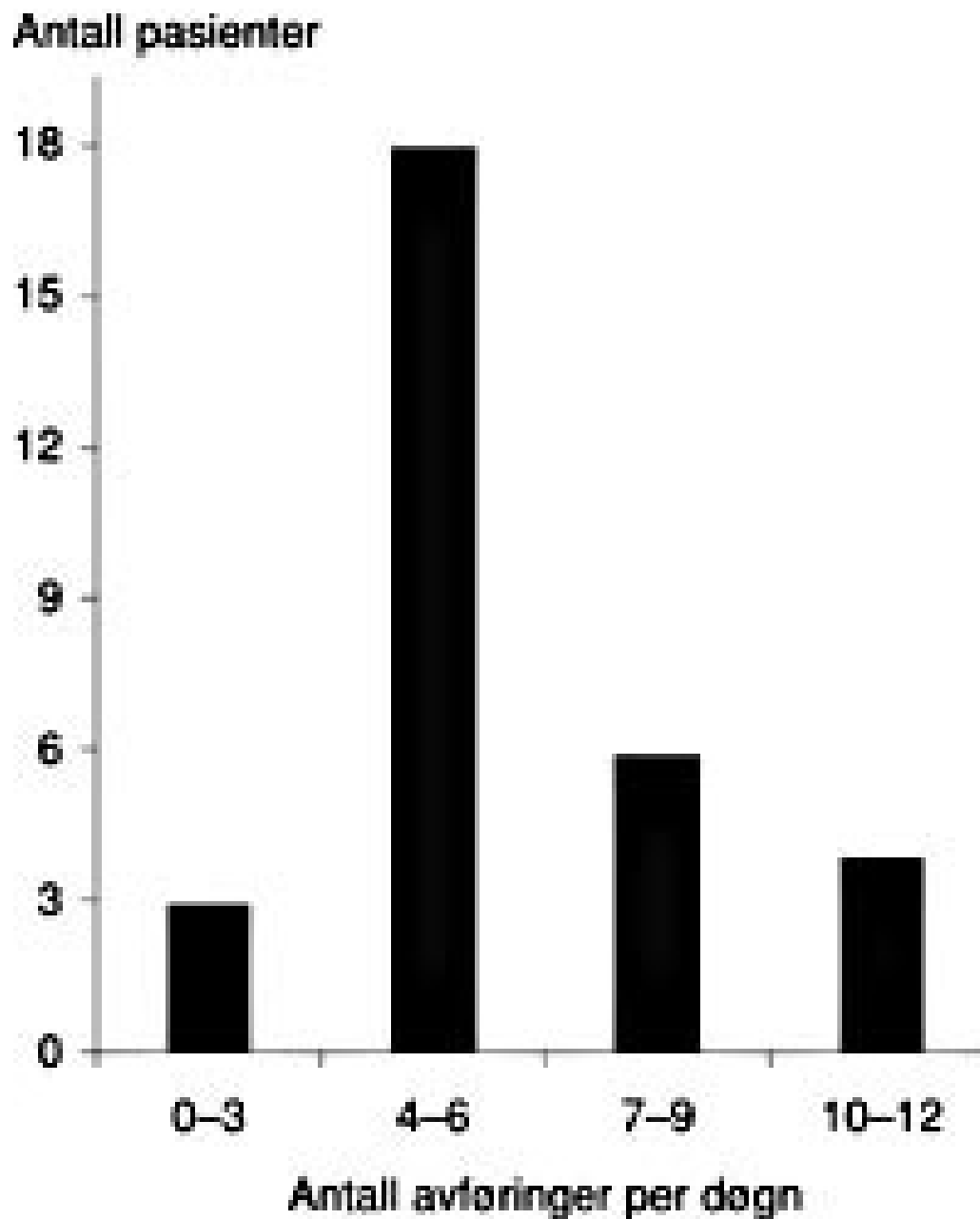
48 pasienter ble vurdert som egnet for ileoanal anastomose. 40 (83 %) ble vellykket operert. Hos fem fant man peroperativt at ileoanal anastomose ikke var teknisk mulig på grunn av for kort krøs eller uttalt periproktitt, og de endte derfor opp med ileostomi. Tre pasienter utviklet bekkenabscesser eller fistler postoperativt, og ble konvertert til permanent ileostomi.

36 av 40 reservoaropererte fikk tilsendt vårt spørreskjema. To pasienter fikk anlagt ileoanal anastomose etter vi sendte ut skjemaene. En pasient døde av purulent salpingitt med påfølgende septisk multiorgansvikt tre år etter reservoaroperasjonen. En pasient var antatt å være psykisk uegnet til å fylle ut et spørreskjema. Vi mottok 31 utfylte skjemaer uten puring. Alle pasientene hadde unnlatt å besvare ett eller flere spørsmål.

Resultater

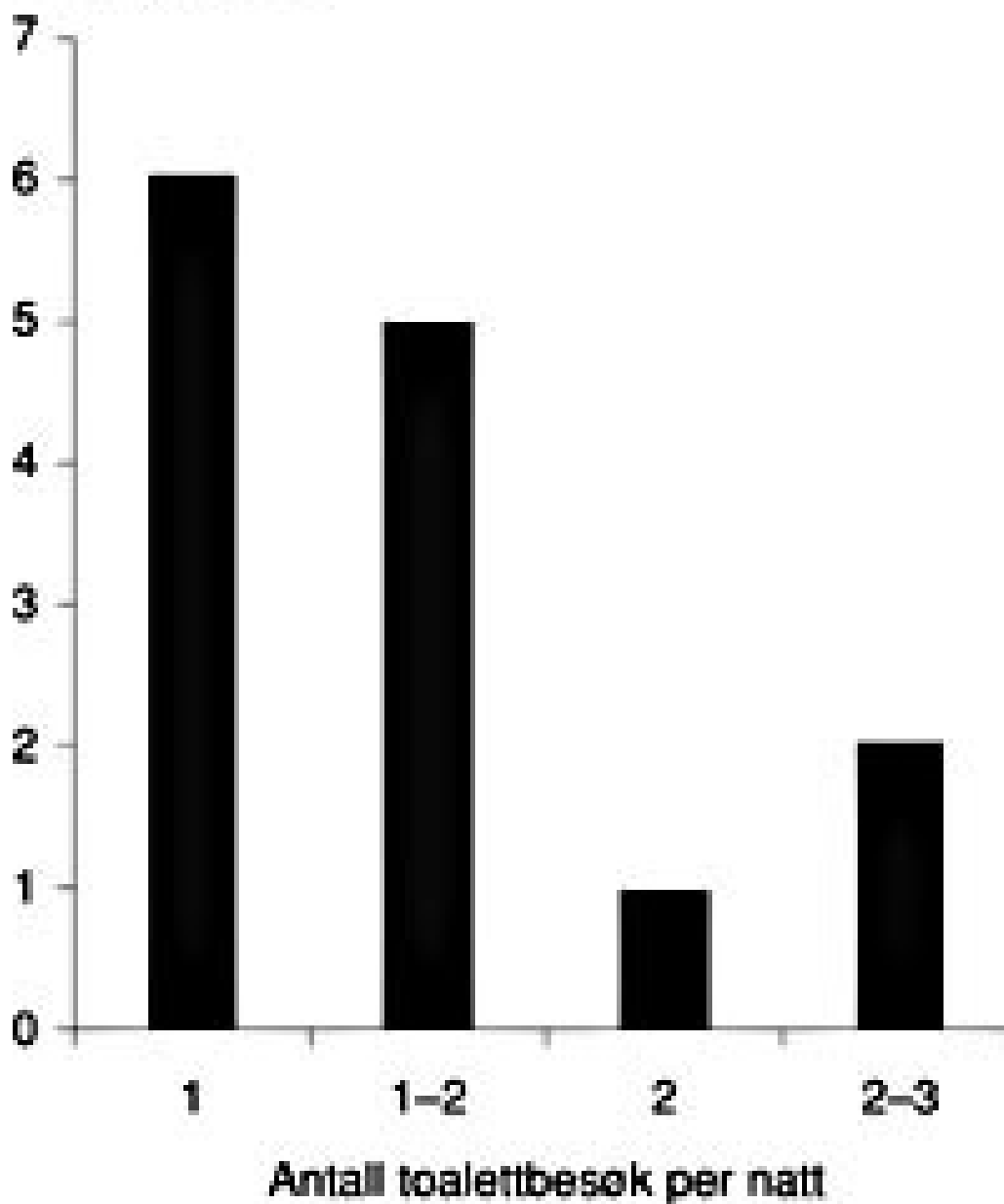
Ingen pasienter døde under sykehusoppholdet eller innen 30 dager etter akutt kolektomi. Postoperative komplikasjoner nødvendiggjorde reoperasjon hos fem pasienter: To fikk lekkasje fra blindt lukket rectumstump, en utviklet postoperativ ileus, en fikk sårruptur, og en pasient som hadde fått lagt rectum frem som mukøs fistel, måtte reopereres etter at Martells tang falt av og rectumstumpen gled inn i såret.

Pasientenes svar vedrørende kontinens og bruk av bleier er vist i tabell 1. Mediant antall tømminger per døgn var seks, spredning 0 – 12 tømminger (fig 1). Figur 2 viser antall nattlige avføringer. Loperamid (Imodium) ble brukt regelmessig av åtte pasienter, i perioder av en, 20 klarte seg uten. Fiberblandinger som Metamucil, Lunelax og Vi-Siblin ble brukt av fem pasienter. Fire pasienter brukte andre medikamenter i tillegg.



Figur 1 Avføringsfrekvens blant pasienter med ileoanal anastomose (n = 31)

Antall pasienter



Figur 2 Natlig avføringsfrekvens blant pasienter med ileoanal anastomose (n = 14)

Tabell 1

Kontinens og bruk av bleier blant pasienter med ileoanal anastomose

Har du full kontroll over avføringen? (n = 30)	30	0
Har du avføring om natten? (n = 31)	14	17
Bruker du bleier pga. avføring om dagen? (n = 29)	0	29
Bruker du bleier pga. avføring om natten? (n = 29)	2	27

På spørsmålet om hva pasientene, med den erfaring de hadde etter operasjonene, ville velge om de på nytt fikk valget mellom ileostomi eller ileoanal anastomose, angav alle at de ville foretrekke sistnevnte. 26 pasienter var godt fornøyd med operasjonsresultatet, tre var middels fornøyd, en var ikke fornøyd.

Diskusjon

Pasienter som trenger akutt operativ behandling for alvorlig ulcerøs kolitt, har ofte kortere anamnese og et mer aggressivt sykdomsbilde enn de som opereres elektivt (10). Mortaliteten reduseres betydelig ved tidlig kirurgisk behandling ved alvorlige tilfeller. Dette gjelder også mindre dramatiske akutte anfall når disse ikke responderer tilfredsstillende på intensiv medisinsk behandling (3, 11). Studier fra 1970- og 1980-årene viste at akutt kolektomi var beheftet med både høy mortalitet (25 – 30 %) og morbiditet (opptil 40 %) (4, 5, 12 – 15). I dag er mortaliteten ved akutt kolektomi 3 – 10 %, og dødsfallene forekommer overveiende i tilfeller med perforasjon (1).

Colonperforasjon er den viktigste prognostiske faktoren ved alvorlig ulcerøs kolitt (1, 4) og øker mortaliteten fire ganger (2). I vårt materiale hadde kun fire pasienter perforasjon. Denne lave andelen kan skyldes avdelingens rutine med å anbefale tidlig operativ behandling. Våre funn viser at både mortalitet og komplikasjonsrate ligger på et akseptabelt nivå.

40 pasienter (50 %) fikk permanent ileostomi. Årsakene til dette er flere: Avdelingen har 50 år som øvre aldersgrense for operasjon med ileoanal anastomose, 14 pasienter var eldre enn dette. 16 pasienter var så fornøyd med sin midlertidige ileostomi at de valgte å beholde denne som permanent løsning. De unngikk således en operasjon til. To pasienter var ikke egnet for ileoanal anastomose av psykiske årsaker. Hos åtte var operasjonen indisert, men ikke vellykket som tidligere nevnt.

86 % returnerte spørreskjemaet, noe vi mener er tilstrekkelig for å vurdere resultatene av behandlingen.

Alle pasientene angav at de hadde full kontroll over avføringen. Likevel brukte to pasienter bleie om natten. Antall tømminger per døgn korresponderer med resultater fra de øvrige universitetssykehusene i Oslo og fra andre studier (1, 2, 8, 16 – 20). Antall pasienter som brukte bleie er akseptabelt. Noen pasienter oppgav at tømingsfrekvensen var kostavhengig, og at for eksempel inntak av frukt gav forverring.

Det er en målsetting at pasienter med ileoanal anastomose skal kunne ha et tilnærmet normalt kosthold og være uavhengige av medikamenter etter inngrepet. Enkelte kan likevel ha sporadisk behov for Loperamid eller fiberblandinger (2). Målet er oppnådd for de fleste av våre pasienter.

Det er vist at pasienter med ileoanal anastomose opplever den totale livssituasjonen som bedret etter inngrepet (17, 18). Den viktigste årsaken til dette er nok et bedret avføringsmønster. På grunn av deres dårlige preoperative tilstand angir pasientene ofte livssituasjonen etter operasjon som god, selv om

avføringsfrekvensen er langt høyere enn hos friske (8). Vi synes det veier tungt når alle pasientene angir at de foretrekker ileoanal anastomose fremfor ileostomi. De er godt egnet til å vurdere dette, i og med at de har erfaring med begge deler. Det er også interessant at de som var middels eller ikke fornøyd med operasjonsresultatet, likevel foretrakk ileoanal anastomose. Andre studier viser at opptil 90 % av pasienter som er operert elektivt, er fornøyd med operasjonsresultatet (20). Vi har like gode resultater for dem som er operert akutt. De fleste pasienter ønsker å unngå en permanent ileostomi, selv om det funksjonelle resultatet ofte er like bra som ved ileoanal anastomose (8). Reservoarkirurgi er derfor et godt alternativ (10).

Konklusjon

Resultatene etter akutt kolektomi ved alvorlig ulcerøs kolitt er gode. Man bør derfor fortsatt anbefale tidlig kirurgisk behandling, også ved lettere tilfeller, hvis medisinsk behandling ikke gir remisjon. Hos pasienter under 50 år som senere får anlagt ileoanal anastomose, vil man kunne forvente en akseptabel analfunksjon.

LITTERATUR

1. Hald T, Stadil F. Kirurgisk kompendium, 2. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1996: 1050 – 64.
2. Binderow SR, Wexner SD. Current surgical therapy for mucosal ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1994; 6: 610 – 24.
3. Goligher JC, de Dombal FT, Graham NG, Watkinson G. Early surgery in the management of severe ulcerative colitis. *BMJ* 1967; 3: 193 – 5.
4. Albrechtsen D, Bergan A, Nygaard K, Gjone E, Flatmark A. Urgent surgery for ulcerative colitis: early colectomy in 132 patients. *World J Surg* 1981; 5: 607 – 15.
5. Block GE, Moossa AR, Simonowitz D, Shakeela ZH. Emergency colectomy for inflammatory bowel disease. *Surgery* 1977; 4: 531 – 6.
6. Ravitch MM, Sabiston DL jr. Anal ileostomy with preservation of the sphincter: a proposed operation in patients requiring total colectomy for benign lesions. *Surg Gynecol Obstet* 1947; 84: 1095 – 9.
7. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *BMJ* 1978; 2: 85 – 8.
8. Köhler L, Troidl H. The ileoanal pouch: a risk-benefit analysis. *BMJ* 1995; 82: 443 – 7.
9. Kleveland PM. Barn og ungdom med ulcerøs colitt og Crohns sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 14: 2160 – 2.

10. Johnson E, Hoel TN, Nazir M, Carlsen E. Kirurgisk behandling ved ulcerøs kolitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 21: 3124 – 6.
 11. Flatmark A, Fretheim B, Gjone E. Early colectomy in severe ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1975; 10: 427 – 31.
 12. Binder SC, Miller HH, Deterling RA. Emergency and urgent operations for ulcerative colitis the procedure of choice. *Arch Surg* 1975; 110: 284 – 9.
 13. Fry PD, Atkinson KB. Current surgical approach to toxic megacolon. *Surg Obstet Gynecol* 1976; 1: 26 – 30.
 14. Prohaska JV. The inflammatory diseases of the large and small bowel. *Curr Probl Surg* 1969; 18: 2 – 44.
 15. Koudahl G, Kristensen M. Postoperative mortality and complications after colectomy for ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1976; 37: 117 – 22.
 16. Johnson E, Hoel TN, Nazir M, Carlsen E. Operativ behandling av ulcerøs kolitt. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, 1997: 93.
 17. Lunde OC, Nygaard K, Harbitz TB, Nesbakken A. Coloproctectomi med ileumreservoar og IAA. Et 10 års materiale. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, 1997: 94.
 18. Larsen A, Hole KH. Livssituasjonen for pasienter operert med ileoanal anastomose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 26: 3892 – 5.
 19. Sagar PM, Taylor BA. Pelvic ileal reservoirs: the options. *Br J Surg* 1994; 81: 325 – 32.
 20. Becker JM, McGrath KM, Meagher MP, Parodi JE, Dunnegan DA, Soper NJ. Late functional adaptation after colectomy, mucosal proctectomy, and ileal pouch-anal anastomosis. *Surgery* 1991; 110: 718 – 25.
-

Publisert: 30. januar 2001. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.