
Mellom slynge og kirurgi

INVITERT KOMMENTAR

ROALD FLESLAND HAVRE

roald.flesland.havre@helse-bergen.no

Roald Flesland Havre er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Seksjon for fordøyelsessykdommer, Haukeland universitetssjukehus og professor II ved Universitetet i Bergen. Han er nestleder i Norsk gastroenterologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har deltatt på kurs i regi av Olympus.

Innføringen av kolorektal screening på befolkningsnivå har ført til at flere polypper blir oppdaget. Da øker også behovet for nye og bedre behandlingsteknikker.

Norge er blant de landene i verden som har høyest forekomst av tykktarmskreft, med ca. 4 000 nye tilfeller årlig (1). Kirurgisk reseksjon kombinert med adjuvant kjemoterapi er den viktigste kurative behandlingen, og har økt overlevelsen betydelig. Imidlertid behandles også pasienter som har forstadier til kreft på samme måte. Dette er overbehandling. Ikke bare er det dyrt for helsetjenesten, pasienter utsettes også for økt risiko og kan i noen tilfeller få redusert organfunksjon.

Nilsen og medforfattere presenterer nå i Tidsskriftet et materiale basert på registerinformasjon fra 2008–21, som viser at et betydelig antall benigne polypper i tykk- og endetarm blir fjernet ved kirurgisk reseksjon (2).

I flere av de regionale helseforetakene ble nesten dobbelt så mange koloskopert i 2021 som i 2008, og mer enn dobbelt så mange polypper ble påvist. Selv om de fleste benigne polypper kan fjernes med endoskopiske teknikker, så man likevel en økning i antallet som ble fjernet kirurgisk. Årsakene til dette kan være flere, men manglende kompetanse i endoskopisk vurdering og behandling av store polypper samt usikkerhet rundt hvorvidt det er mulig å fjerne polyppen innenfor den tiden som er satt av til koloskopi, kan medvirke til at pasienten henvises til kirurgi i stedet for endoskopisk reseksjon med slynge. Manglende

prosedyrekoder og refusjon for endoskopisk reseksjon og produksjonspress som ikke tilgodeser tidkrevende prosedyrer, kan sannsynligvis også bidra til at praksisen opprettholdes.

Hvorfor er forfatterne opptatt av dette? Jo, fordi det finnes annen behandling som gir like godt eller bedre resultat, med færre komplikasjoner og lavere kostnader. Disse teknikkene kan sammenfattes som endoskopiske reseksjonsteknikker og innbefatter endoskopisk mukosal reseksjon, endoskopisk submukosal disseksjon og endoskopisk fullveggsreseksjon. Metodene krever spesifikke ferdigheter i endoskopisk bedømming av større polyper og ikke minst til selve utførelsen av den endoskopiske reseksjonen. Helt komplikasjonsfritt er det heller ikke. Blødning etter polypfjerning er et kjent fenomen, særlig i kombinasjon med antikoagulasjonsmidler og platehemmere.

«Hvorfor er forfatterne opptatt av dette? Jo, fordi det finnes annen behandling som gir like godt eller bedre resultat, med færre komplikasjoner og lavere kostnader»

Tarmscreeningprogrammet for aldersgruppen 55–65 år har blitt etablert i løpet av de siste to årene (3). Programmet setter nye krav til håndtering av den økte mengden avanserte polyper som avdekkes. Overbehandling eller ukomplett endoskopisk fjerning av polyper kan redusere helsegevinsten av screeningen. Vi ser derfor et stort behov for behandlingsteknikker som ligger «mellom slynge og kirurgi». Endoskopører har blitt mer bevisste på at polyper som fjernes, må kunne evalueres av en patolog, og at patologens vurdering påvirker videre oppfølging av pasienten. For eksempel vil større polyper som fjernes i flere biter, kreve langt hyppigere koloskopikontroller enn dersom samme polyp fjernes i én bit (en bloc). I tillegg til polyper som avdekkes gjennom screeningprogrammet, finner vi en stor del avanserte polyper hos pasienter over 75 år. For denne gruppen vil et tilbud om endoskopisk reseksjon kunne tillate behandling av avanserte polyper med lavere risiko og bevart organfunksjon.

Bærum sykehus var ett av testsentrene under utviklingen av tarmscreeningprogrammet. Det er ingen tilfeldighet at initiativet om bedre endoskopisk behandling av kolorektale polyper kommer fra Bærum sykehus og Akershus universitetssykehus, som begge leder an i utviklingen av endoskopisk behandling av avanserte kolorektale polyper i Norge (3). Fagmiljøet på Bærum sykehus har tilegnet seg høy kompetanse, og ledelsen har skapt muligheter for viktig fagutvikling i nasjonal målestokk. Ved å sette søkelys på endoskopisk teknikk og ta til seg bl.a. japanske endoskopiske bedømmelsesmetoder og disseksjonsteknikker bidrar de nå til fagutviklingen innen endoskopisk terapi, slik at denne type behandling kan komme flere pasienter til gode.

Etablering av multidisiplinære møter for polyper, trening på disseksjonsteknikker i modeller og registrering av resultater i et prospektivt register etter modell fra Frankrike, er under arbeid. Tiden vil vise om vi kan oppnå høyspesialisert endoskopisk terapi også i Norge. For å nå målet må vi

erkjenne hvor vi befinner oss på læringskurven, og sikre at ledere anerkjenner potensialet i endoskopisk terapi, som krever planlagt kompetansebygging ut over normal koloskopiopplæring.

REFERENCES

1. Kreftregisteret. Cancer in Norway 2021. https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin_report.pdf Lest 16.8.2024.
2. Nilsen JA, Bernklev L, Bretthauer M et al. Kirurgisk behandling av benigne kolorektale polypper 2008–21. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0722. [CrossRef]
3. Bernklev L, Nilsen JA, Augestad KM et al. Management of non-curative endoscopic resection of T1 colon cancer. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2024; 68: 101891. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 4. september 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0430
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. juni 2026.