

Stoðnet vegna þrengsla í ristli og endaparmi af völdum krabbameins

Margrét Guðrún Ásbjarnardóttir¹ lækni

Elsa Björk Valsdóttir^{1,2} lækni

Helgi Kjartan Sigurðsson¹ lækni

Páll Helgi Möller^{1,2} lækni

Rannsóknin var unnin á Landspítala.

¹Skurðlækningadeild Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Margrét Guðrún Ásbjarnardóttir, margretga@gmail.com

Inngangur

Krabbamein í ristli og endaparmi (*colorectal cancer*) getur valdið hlutaþrengingu eða stíflu en hið síðarnefnda krefst bráðra inn-gripa. Hægt er að framkvæma bráða aðgerð vegna stíflu í ristli og er það ýmist gert í einu eða tveimur skrefum, háð staðsetningu æxlisins. Sé aðgerð gerð í tveimur skrefum felur hún í sér brott-nám á æxli og stómalagningu eða einvörðungu stómalagningu og æxlisbrottnám ætlað síðar.¹ Nýleg rannsókn á 393 sjúklingum með ristilkrabbamein sem fóru í bráða aðgerð vegna stíflu eða rofs sýndi að meirihluti þeirra þurfti aðgerðina vegna stíflu (81,4%).² Algengara er að bráðaaðgerðir séu gerðar vegna ristilkrabbameins samanborið við krabbamein í endaparmi.³ Stóma sem lögð eru í bráðaaðgerðum geta verið varanleg.

Á síðustu áratugum hefur notkun sjálfþenjandi málmstoðneta (*self-expandable metal stents*, SEMS) til að koma aftur á flæði um ristil og endaparm orðið vel þekkt meðferð.^{4,5} Hlutverk slíkra stoðneta getur verið tvíþætt: Annars vegar að vera tímabundin meðferð, svokölluð brú yfir í aðgerð sem framkvæmd er síðar (BíA), og þá hjá sjúklingum sem hafa skurðtækan sjúkdóm. Hins vegar að vera hluti af líknandi meðferð (LM) þeirra sjúklinga sem ekki hafa skurðtækan sjúkdóm eða er ekki treyst í aðgerð.⁶ Markmiðið með því að nota stoðnet sem BíA er að þannig megi breyta bráðri skurð-aðgerð yfir í valaðgerð sem framkvæmd er síðar. Á meðan kemst sjúklingurinn í betra líkamlegt ástand, það má undirbúa aðgerð betur og auka líkur á beinni endurtengingu.¹ Sem LM eiga stoðnet að forða sjúklingi frá inn gripum á borð við bráða skurðaðgerð og stóma.⁷

Til að leggja mat á ávinning af stoðnetum hafa rannsóknir meðal annars skoðað tæknilegan og klínískan árangur, tíðni fylgikvilla og stómahlutfall. Skiptar skoðanir eru um gagnsemi

ÁGRIP

INNGANGUR

Sjálfþenjandi málmstoðnet eru þekkt meðferð við þrengingum vegna ristil- og endaparmskrabbameins. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna notkun slíkra stoðneta hérlendis fyrir tímabilið 2000-2018. Skoðuð var þróun fjölda sjúklinga sem fengu stoðnet, ýmist sem brú yfir í aðgerð eða sem líknandi meðferð, og mat lagt á fylgikvilla og árangur.

EFNIVÍÐUR OG AÐFERÐIR

Afturskyggn rannsókn á sjúklingum sem fengu sjálfþenjandi málmstoðnet á Landspítala vegna illkynja garnastíflu af völdum krabbameins í ristli og endaparmi. Leitað var eftir greiningar- og aðgerðalyklum í sjúkraskrárkerfi Landspítala.

NIÐURSTÖÐUR

Alls fengu 43 sjúklingar með ristil- og endaparmskrabbamein 53 stoðnet vegna þrengingar, sá fyrsti árið 2005. Fleiri sjúklingar fengu stoðnet sem líknandi meðferð (n=27) en brú yfir í aðgerð (n=16). Rof á ristli varð hjá 5 sjúklingum (12%). Meirihluti þeirra sjúklinga sem fékk stoðnet sem brú yfir í aðgerð fór í aðgerð þar sem framkvæmd var bein endurtenging (69%). Meirihluti sjúklinga sem fékk stoðnet sem líknandi meðferð fór ekki í aðgerð (63%). Varanlegt stómahlutfall hjá brúar-hópi var 27% og 22% hjá sjúklingum í líknandi meðferð.

ÁLYKTUN

Á rannsóknartímabilinu fóru flestir þeir sjúklingar, sem fengu stoðnet sem brú yfir í aðgerð, í aðgerð með beinni endurtengingu og þeir sjúklingar sem fengu stoðnet í líknandi tilgangi þurftu flestir ekki aðgerð. Tíðni rofs var nokkuð há í erlendum samanburði. Skortur var á rafrænum skráningum um tæknilegan og klínískan árangur. Í ljósi þess að um afturskyggn rannsókn og fáa sjúklinga var að ræða, verður að túlka allar niðurstöður með fyrirvara.

stoðneta, bæði sem BÍA og LM. Rannsóknir hafa þannig gefið til kynna að líta megi á þau sem álitlegan kost sem BÍA⁸⁻¹⁰ og LM⁹⁻¹¹ en aðrar niðurstöður benda til að notkun þeirra skuli íhuga vandlega í sérstökum tilvikum, bæði sem BÍA⁴ og LM.¹² Í nýjum leiðbeiningum ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) er farið yfir ábendingar fyrir notkun stoðneta. Þar er meðal annars mælt með að ræða skuli notkun stoðneta sem meðferðarmöguleika hjá sjúklingum með stíflu vegna mögulega læknanlegs krabbameins í vinstri hluta ristils. Einnig er mælt með notkun stoðneta sem ákjósanlegri meðferð þegar um ræðir líknandi meðferð við illkynja stíflu í ristli.¹³

Á Íslandi er notkun stoðneta bæði sem BÍA og sem LM þekkt hjá sjúklingum með ristil- og endaparmskrabbamein. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna umfang og þróun í notkun stoðneta og leggja mat á árangurinn með hliðsjón af erlendum niðurstöðum. Ekki hefur verið gerð sambærileg úttekt á efninu hérlendis svo vitað sé.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn þar sem gögnum var safnað úr sjúkraskrá Landspítala fyrir tímabilið 2000-2018. Leyfi fyrir rannsókninni fékkst frá Siðanefnd heilbrigðisrannsókna á Landspítala. Leitað var eftir greiningum fyrir ristil- og endaparmskrabbamein og/eða garnastíflu og aðgerðalyklum fyrir hægri og vinstra ristilbrottnám, stoðnet í meltingarvegi eða víkkun á ristli í speglun. Upplýsingum var safnað um lýðfræðilega þætti sjúklinga (aldur, kyn og fyrra heilsufar), um atriði sem tengdust stoðnetum (fjöldi, gerð og staðsetning), um fylgikvilla eftir stoðnetslagningu og árangur af lagningu þeirra (tæknilegan og klínískan). Við mat á tæknilegum árangri var tekið mið af því hvort um viðunandi legu á stoðneti væri að ræða eða ekki. Klínískur árangur var metinn góður ef bót varð á teppueinkennum sjúklings. Bæði tæknilegur og klínískur árangur var metinn útrá skráningum í sjúkraskrá og því var um mat meðferðaraðila að ræða. Einnig var fjöldi legudaga þegar stoðnet var lagt metinn. Ef sami sjúklingurinn fékk fleiri en eitt stoðnet sem lögð voru í aðskildum legum, töldust það tvær legur.

Til að skoða í hvaða tilgangi stoðnet voru lögð, var reynt að leggja mat á hvort þau voru lögð sem BÍA eða sem LM og hvort munur væri á aldri sjúklinga eftir ábendingu stoðnetslagningar. Fyrir þá sjúklinga sem fengu stoðnet sem BÍA var meðaltími frá stoðnetslagningu að aðgerð kannaður, en ef lögð voru fleiri en eitt stoðnet var miðað við daga frá því að síðasta stoðnetið var lagt.

Úrvinnsla gagna byggði að stærstum hluta á lýsandi tölfræði.

Niðurstöður

Alls fundust 42 sjúklingar við leit í sjúkraskrákerfum Landspítala. Einn sjúklingur kom inn í rannsóknina án þess að hafa aðgerðalykil fyrir stoðnetslagningu þar sem skurðlæknir sem sinnti viðkomandi sjúklingi lét greinarhöfunda vita af honum. Því fengu alls 43 sjúklingar með ristil- eða endaparmskrabbamein 53 stoðnet vegna þrengingar í ristli og endaparmi á rannsóknartímabilinu. Fyrsti sjúk-

lingurinn samkvæmt skráningu var frá árinu 2005. Alls fengu 17 sjúklingar stoðnet vegna hlutaþrengingar og 26 vegna einkenna sem samræmdust algerri stíflu.

Alls lögðu 6 sérfræðingar stoðnet á rannsóknartímabilinu, þrjú skurðlæknar, þar af einn starfandi á speglunardeild meltingarsjúkdóma, og þrjú meltingarlæknar. Stoðnet voru lögð í hefðbundinni speglun þar sem notuð var gegnumlýsing. Skuggaefni var notað í ákveðnum tilvikum til kortlagningar á þrengingu. Lýsingu á stoðnetslagningu vantaði fyrir fjögur stoðnet hjá þremur sjúklingum. Í einu tilviki var ekki hægt með óyggjandi hætti að álykta um speglandi lækni út frá skráningum.

Ekki var alltaf tekið skýrt fram í sjúkraskrá hvort stoðnet var ætlað sem BÍA eða LM þegar það var lagt og ekki alltaf auðvelt að leggja mat á ábendingu við lestur sjúkraskrár. Í vafatilvikum var horft til aldurs og heilsufars auk ákvarðana við útskrift þegar sjúklingur var flokkaður í BÍA eða LM. Í tveimur tilvikum (einn LM, einn BÍA) var sjúklingur tekinn til aðgerðar sama dag og stoðnet var lagt vegna rofs á ristli. Einn sjúklingur sótti sjálfur að fara í aðgerð, þar sem hann vildi ekki láta reyna á stoðnetið sem líknandi meðferð, og tilheyrði því BÍA-hópi.

Meðalaldur allra sjúklinga þegar stoðnet var lagt í fyrsta skipti var 72 ár, (miðgildi 76, bil: 19-91), og voru karlar 51,2%. Meðalaldur sjúklinga í BÍA-hópi var 68,4 ár (bil: 19-88) en í LM hóp 73,5 ár (bil: 41-91). Munur á meðalaldri hópanna var ekki marktækur ($p=0,167$).

Að meðaltali voru lögð 3,8 stoðnet í 3,1 sjúkling á ári miðað við 14 ára tímabil frá 2005-2018. Flest stoðnet ($n=10$) voru lögð í flesta sjúklinga ($n=7$) árið 2009. Einn sjúklingur fékk stoðnet bæði á árinu 2009 og 2010 (mynd 1).

Átta sjúklingar fengu tvö til fjögur stoðnet og af þeim fengu tveir tvö stoðnet í sömu speglun. Ástæður þess að sjúklingar fengu fleiri en eitt stoðnet voru eftirfarandi: Óviðunandi lega fyrsta stoðnets ($n=1$), fyrra stoðnet losnaði ($n=2$), þrengsli í fyrsta stoðneti ($n=2$), viðvarandi einkenni garnastíflu ($n=1$) og fyrra stoðnet var ekki talið ná nægjanlega vel í gegnum þrenginguna þegar það var lagt ($n=2$).

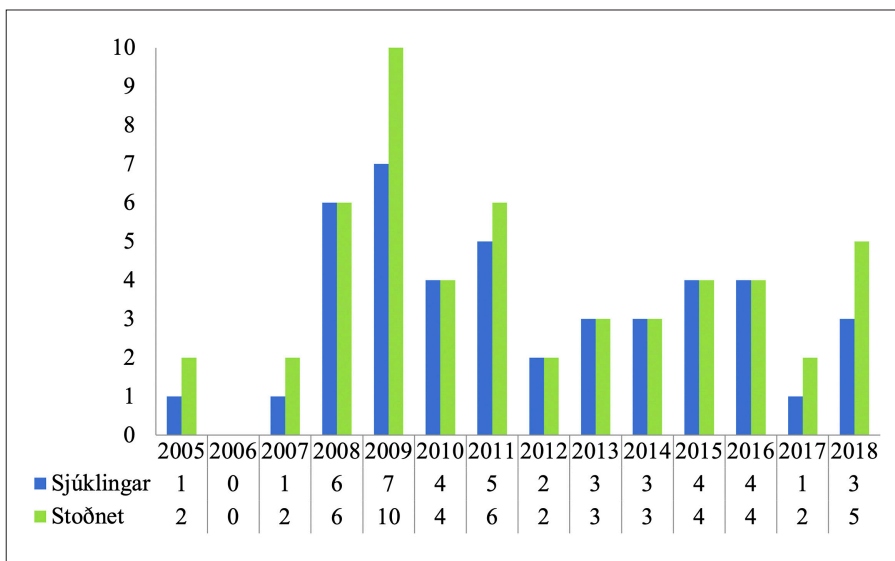
Algengast var að stoðnet væri lagt í bugaristil (*colon sigmoideum*) ($n=18$), en þar á eftir á mótum endaparms og bugaristils (*rectosigmoideum*) ($n=7$) og síðan í fallristil (*colon descendence*) ($n=6$). Aðrir staðir voru endaparmur ($n=4$), mót fallristils og bugaristils ($n=3$), þverristill (*colon transversum*) ($n=2$), miltisbugða (*splenic flexure*) ($n=2$) og risristill (*colon ascendence*) ($n=1$).

Lýsing á tæknilegum árangri fannst fyrir 46 af 53 stoðnetum (86,7%) og taldist hann góður fyrir 40 af 46 (86,9%). Lýsing á klínískum árangri var til fyrir 38 af 53 stoðnetum (71,6%) og þar af lýst sem góðum fyrir 35 af 38 stoðnetum (92,1%).

Skortur var á rafrænum upplýsingum um gerð og útlit þeirra 53 stoðneta sem notuð voru. Þannig voru upplýsingar um þvermál stoðnets skráðar fyrir 25 stoðnet (47,1%), lengd fyrir 46 (86,7%) og gerð stoðnets fyrir 25 (47,1%).

Fylgikvillum fyrstu 30 dagana eftir stoðnetslagningu var lýst hjá 18 sjúklingum (41,8%) og voru 14 þeirra í LM-hópi. Algengustu fylgikvillarnir voru niðurgangur/þunnar hægðir, verkir í kvið/endaparmi og blæðing um endaparm. Sami sjúklingur gat haft skráningar um fleiri en einn fylgikvilla (tafla I).

Alls lögðu 6 sérfræðingar stoðnet á rannsóknartímabilinu, þrjú skurðlæknar, þar af einn starfandi á speglunardeild meltingarsjúkdóma, og þrjú meltingarlæknar.



Mynd 1. Fjöldi sjúklinga og stoðneta sem sett voru vegna krabbameins í ristli eða endaparmi á árunum 2005-2018.

Einn sjúklingur lést <30 dögum frá stoðnetslagningu. Sá sjúklingur greindist með mjög útbreitt krabbamein og var sjúkdómurinn það langt genginn að sjúklingurinn fékk líknandi meðferð eingöngu. Ekkert dauðsfall varð innan sólarhrings frá stoðnetslagningu.

Fimm (11,6%) sjúklingar fengu rof á ristli í kjölfar stoðnetslagningar. Tveir fengu brátt rof, skilgreint sem innan 30 daga eftir að stoðnet var lagt (í báðum tilvikum innan sama sólarhrings). Hjá öðrum þeirra var þrengingin útvíkkuð þegar stoðnetið var lagt en upplýsingar um slíkt voru ekki til staðar fyrir hinn sjúklinginn. Hjá þremur sjúklingum varð rofið að minnsta kosti 30 dögum seinna (síðbúið rof). Fjórir af þessum fimm sjúklingum tilheyrðu LM-hópi og fengu þrír þeirra varanlegt stóma en hjá einum var lagður kerfi þar sem ekki reyndist unnt að leggja stóma. Sá sjúklingur sem tilheyrði BÍÁ-hópi og fékk brátt rof fékk stóma sem ekki reyndist varanlegt.

Stoðnet sem brú yfir í aðgerð

Sextán sjúklingar fengu stoðnet sem BÍÁ. Þar af fóru 15 (93,7%) í aðgerð síðar (brottnám á ristli/endaparmi að hluta eða öllu leyti) en einn sjúklingur fékk brátt rof á fyrsta sólarhring eftir að stoðnet var lagt og var tekinn samdægurs til aðgerðar. Ellefu sjúklingar (11/16; 68,7%) fengu beina endurtengingu. Tvær aðgerðir af 15 voru kviðsjáraðgerðir. Fjórir af 15 sjúklingum (26,6%) fengu stóma, öll varanleg. Þrír þeirra voru eldri en 75 ára auk þess sem staðsetning endurtengingar var í aðgerð metin óhagstæð (n=1), lekapróf í aðgerð reyndist ítrekað jákvætt (n=1) og viðkomandi sjúklingur var með sögu um fyrri ristilaðgerðir og talsverða heilsufarsbyrði (n=1). Einn sjúklingur af fjórum var yngri en 25 ára en með mikla æxlisbyrði og reyndist ekki unnt að fjarlægja æxlið í aðgerð.

Meðalfjöldi legudaga þegar stoðnet var lagt, óháð því hvort sjúklingur fór í aðgerð í sömu legu eða ekki, voru 8,4 dagar (bil 2-18 dagar, miðgildi 5,5).

Að meðaltali liðu 20,1 dagur frá því að stoðnet var lagt og þar til aðgerð var gerð (miðgildi 8 dagar, bil: 3-125). Í því tilviki þegar 125 dagar liðu frá stoðnetslagningu að aðgerð var um að ræða sjúkling

sem fékk meðal annars langa geislameðferð fyrir aðgerð. Sé þessum sjúklingi sleppt úr útreikningum var meðaltími frá stoðnetslagningu að aðgerð 12,6 dagar.

Stoðnet sem líknandi meðferð

Tuttugu og sjö sjúklingar fengu stoðnet sem LM. Af þeim þurftu 10 (37,0%) að fara í aðgerð, þar af fjórir vegna rofs á ristli eftir stoðnetslagningu. Aðgerðir hjá hinum 6 voru af eftirfarandi ástæðum: Stoðnet ekki virkt (n= 4), tilfærsla á stoðneti (n=1) og þrenging í öðrum hluta ristils vegna framgangs sjúkdóms (n=1). Þrír af ofangreindum 6 sjúklingum fengu stóma, varanlegt í öllum tilvikum. Hjá þremur sjúklingum var gerð endurtenging eftir hlutabrottnám á ristli. Heildarhlutfall sjúklinga í LM-hópi sem fengu varanlegt stóma var 22,2% (6/27).

Tafla I. Fylgikvillar og fjöldi sjúklinga fyrstu 30 dagana eftir stoðnetslagningu.

Fylgikvilli <30 daga	Fjöldi sjúklinga
Blæðing um endaparm	4
Tilfærsla á stoðneti	1
Hægðatregða/-stopp	2
Hægðalosunarþörf	1
Niðurgangur/þunnar hægðir	11
Tíðar hægðir	1
Verkir (í kvið/endaparmi)	6
Ógleði	2
Garnastífueinkenni	1
Endurþrenging	3
Rof	2
Alls skráningar	34

Hjá einum sjúklingi, skiluðu þrjú af fjórum stoðnetum sér niður en í því tilviki var lýst mjög stuttri þrengingu.

Meðalfjöldi legudaga þegar stoðnet var lagt var 15,1 dagar (bil: 0-138 dagar, miðgildi 7,0).

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að stoðnet hafa verið notuð á Íslandi sem meðferð við þrengingu/stíflu vegna ristil- og endaparmskrabbameins frá árinu 2005. Algengara var að sjúklingar fengu stoðnet sem LM heldur en sem BÍA.

Tæknilegur árangur hefur í nokkrum mismunandi erlendum rannsóknum verið metinn á bilinu 71,1-95,9%^{8-12,14} og klínískur árangur 78,6-98,7%.^{8,11,14} Niðurstöður í þessari rannsókn benda til að þau gildi fyrir stoðnetslagningar á Íslandi geti verið sambærileg en erfitt reyndist að meta tæknilegan og klínískan árangur vegna skorts á skráningum. Því mætti bæta rafræna skráningu á notkun stoðneta til að kortleggja árangur betur.

Hér er enn fremur vert að nefna að í rannsókninni var árangur metinn samkvæmt skráningum meðferðaraðila og í ofangreindum samanburðarrannsóknum var ekki tekið sérstaklega fram að sjúklingar kæmu sjálfir að matinu.

Blæðing, erfiðleikar með að halda hægðum, hægðalosunarþörf og verkir hafa verið taldir til minniháttar fylgikvilla sem séu algengir eftir stoðnetslagningar.⁴ Algengustu fylgikvillarnir í þessari rannsókn voru sambærilegir þeim (niðurgangur/þunnar hægðir, verkir og blæðing um endaparm). Mikilvægt er að halda hægðum mjúkum eftir að stoðnet hefur verið lagt svo það stíflist síður. Því er niðurgangur/þunnar hægðir líklegur fylgikvilli fyrst eftir stoðnetslagningu.

Einn sjúklingur hafði ítrekaða tilfærslu á stoðneti þar sem þrjú af fjórum stoðnetum skiluðu sér niður. Í því tilviki kann að skipta máli að þrengingunni var lýst sem mjög stuttri og þröngri og því möguleiki að stoðnet hafi ekki náð nægjanlegri festu.

Nokkrar rannsóknir hafa birt tíðni fylgikvilla eftir stoðnetslagningar á bilinu 14,8-30,6%.^{10-12,14} Tekið skal fram að munur er á uppsetningu og skilgreiningum milli rannsókna og ber að hafa það í huga við allan samanburð.

Rof á ristli eftir stoðnetslagningu varð hjá 5 sjúklingum. Fylgikvillar eftir stoðnetslagningar, þar með talin rof, hafa verið taldir að stórum hluta rekjanlegir til þess hversu mikil þrengingin er og reynslu speglandi lækni.¹⁵ Sömu höfundar mátu tíðni rofs 9% þegar skoðaðir voru sérstaklega 168 sjúklingar sem fengu stoðnet sem líknandi meðferð á 10 ára tímabili. Samkvæmt yfirlitsgrein um efnið frá 2014 var hættan á rofi sjaldnast meiri en 5%.⁷ Tíðni rofs hérlendis er því hærri en ofangreindar erlendar heimildir greina frá. Ástæður fyrir rofi hafa verið tengdar stoðnetinu sjálfu, til að mynda gerð og virkni þess. Einnig hafa ástæður rofs verið tengdar öðru en stoðnetinu og má þar nefna gerð leiðara sem notaður er og hvort þrenging er víkkuð út þegar stoðnet er lagt.¹⁶ Í öðru tilvikinu þegar brátt rof varð hjá sjúklingi í þessari rannsókn var þrengingin fyrst víkkuð en upplýsingar lágu ekki fyrir um slíkt hjá hinum. Samkvæmt leiðbeiningum ESGE er ekki mælt með að víkka þrengingar út þegar stoðnet er lagt.¹³ Jafnframt er mælt með að sá aðili sem leggur ristilstoðnet hafi annaðhvort sjálfur yfir að búa eða sé undir beinni leiðsögn þess sem hefur kunnáttu í ristilspeglun og notkun gegnumlýsingar og framkvæmi stoðnetslagningar reglulega. Reynsla af stoðnetslagningu

um þykir hafa mikilvæg tengsl við góðan árangur en erfitt þótti að tiltaka ákveðinn lágmarksfjölda af stoðnetum sem leggja þurfti til að ná tilskilinni færni.¹³

Því hefur verið haldið fram að rof vegna stoðnets, hvort sem er með bráðum einkennum eða þögult (meinafræðileg greining), geti mögulega leitt til útbreiðslu á illkynja frumum og þannig breytt skurðtækum sjúkdómi í óskurðtækan.¹⁴

Hlutfall þeirra BÍA-sjúklinga sem fór í læknanði aðgerð og fékk varanlegt stóma var í rannsókninni 26,7%. Það er sambærilegt við hlutfall þeirra BÍA-sjúklinga sem fengu stóma í rannsókn frá 2016⁸ (22,2%) en hjá tveimur sjúklingum í þeirri rannsókn var stómanu síðar sökkt. Varanlegt stómahlutfall hjá BÍA-sjúklingum hefur í mismunandi rannsóknum verið metið á bilinu 0-40%^{10,17,18} en munur er á uppsetningu og sjúklingahópum, þar með talið hlutfalli sjúklinga með endaparmskrabbamein.

Í nýlegri samantekt kemur fram að klínískar leiðbeiningar séu mismunandi og fáar hvað varðar æskilegan dagafjölda að aðgerð þegar stoðnet er notað sem BÍA.¹⁹ Samkvæmt leiðbeiningum ESGE er lagt til að látnar séu líða um tvær vikur að aðgerð þegar stoðnet er notað sem BÍA fyrir sjúklinga með mögulega læknanði krabbamein í vinstri hluta ristils. Með því móti sé mögulegt að bæta klínískt ástand sjúklings og þannig draga úr áhættu tengdri aðgerðinni.¹³ Að meðaltali liðu um það bil 13 dagar frá stoðnetslagningu að aðgerð fyrir sjúklinga í BÍA-hópi í þessari rannsókn (sé einu tilfelli sleppt þar sem óvanalega langur tími leið á milli). Meirihluti þeirra sjúklinga fékk beina endurtengingu og þurfti ekki stóma.

Meirihluti sjúklinga í rannsókninni fékk stoðnet sem líknandi meðferð og stærstur hluti þeirra þurfti ekki á aðgerð að halda (allir LM-sjúklingar eru látnir). Hlutfall þeirra sem fengu varanlegt stóma var 22,2% (6/27), þar af þrjú vegna rofs. Um er að ræða meðferð sem miðar að því að forða þessum sjúklingum frá aðgerð og þar með möguleikanum á varanlegu stóma. Ljóst þykir að velja þarf þennan sjúklingahóp vandlega. Jafnvel þótt svo sé verður erfitt að fullyrða að meðferðin muni í öllum tilvikum geta útilokað aðgerð þar sem margir þættir skipta máli, bæði hvað varðar stoðnetslagninguna og sjúklinginn sjálfan. Fyrir þá 6 LM-sjúklinga sem ekki fengu rof en fóru engu að síður í aðgerð, lifðu þrjú að minnsta kosti í þrjú ár eftir að stoðnetið var lagt. Rætt hefur verið um virkni stoðneta í líknandi tilgangi til langtíma og ber niðurstöðum þar ekki saman. Gildi þeirra sem líknandi meðferðar hefur þannig bæði verið dregið í efa¹² og þau verið metin sambærileg við líknandi aðgerðir þegar horft er til langtímaáhrifa.¹¹ Í yfirlitsgrein frá 2016⁴ er farið yfir mismunandi niðurstöður úr rannsóknum þar sem stoðnet hafa verið notuð í líknandi tilgangi og ályktað að þar sem upplýsingum um langtímaáhrif þeirra ber enn ekki saman, megi íhuga aðra möguleika fyrir þá sjúklinga sem gætu farið í lyfjameðferð eða hefðu langar lífslíkur.

Hvorugur sjúklingahópurinn í rannsókninni var undir skipulögðu eftirliti eftir að stoðnet voru lögð. Mögulegt er að slíkt eftirlit (til dæmis myndrannsóknir/speglanir) hjá þeim sjúklingum sem fá stoðnet í líknandi tilgangi geti gagnast til að fylgjast betur með virkni stoðneta og jafnvel beita minni inngripum fyrr til að komast hjá aðgerð. Mælt hefur verið með virku eftirliti hjá þessum sjúklingahópi.²⁰

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að meirihluti sjúklinga sem fékk stoðnet sem brú yfir í aðgerð fór í aðgerð (brottnám á ristli/endaparmi að hluta eða öllu leyti) með beinni endurtengingu

og að meirihluti sjúklinga sem fékk stoðnet sem líknandi meðferð þurfti ekki á aðgerð að halda. Rof, sem hefur verið talið einna alvarlegasti fylgikvilli stoðnetslagninga í ristli og endaparmi, var 11,6% sem virðist í hærra lagi miðað við erlendar heimildir. Ekki verður þó útilokað að niðurstöður sem greina frá hárrí títíni rofs eftir stoðnetslagningar séu sjaldnar birtar en hinar. Ekkert dauðsfall varð innan sólarhrings frá stoðnetslagningu í rannsóknninni. Varanlegt stóma eftir rof var lagt hjá þremur sjúklingum, allir tilheyrðu LM-hópi.

Skortur var á upplýsingum um gerð stoðneta og árangur og er skipulögð rafræn skráning talin æskileg til að frekar megi kortleggja þau atriði til framtíðar.

Styrkur rannsóknarinnar er að hún nær til þeirra sjúklinga sem hafa skráningar um stoðnet í tengslum við krabbamein í ristli eða endaparmi og gefur því mikilvægar vísbendingar um árangur af notkun slíkra stoðneta. Takmarkandi þættir rannsóknarinnar felast helst í því að um var að ræða afturskyggnar rannsókn með fáum sjúklingum auk þess sem skráningum var ábótavant. Þannig verður ekki algerlega útilokað að stoðnet hafi verið lögð í fleiri sjúklinga og/eða einhver stoðnet lögð áður en rannsóknartímabilið hófst. Hafa verður allt þetta í huga við túlkun niðurstaðna. Til að draga megi frekari ályktanir um efnið væru áframhaldandi rannsóknir því ákjósanlegar. Þannig væri til að mynda áhugavert að bera saman sérstaklega umfang aðgerðar, stómahlutfall og lifun hjá sjúklingum sem fá stoðnet sem brú yfir í aðgerð annars vegar og hjá þeim sem fara í bráðar aðgerðir hins vegar.

Heimildir

- Lackberg Z, Abbas MA. Colonic stenting: When and how. *Semin Colon Rectal Surg* 2017; 28: 34-40.
- Biondo S, Gálvez A, Ramírez E, et al. Emergency surgery for obstructing and perforated colon cancer: patterns of recurrence and prognostic factors. *Tech Coloproctol* 2019; 23: 1141-61.
- Askari A, Nachiappan S, Currie A, et al. Who requires emergency surgery for colorectal cancer and can national screening programmes reduce this need? *Int J Surg* 2017; 42: 60-8.
- Kim EJ, Kim YJ. Stents for colorectal obstruction: Past, present, and future. *World J Gastroenterol* 2016; 22: 842-52.
- Sagar J. Role of colonic stents in the management of colorectal cancers. *World J Gastrointest Endosc* 2016; 8: 198-204.
- Baron TH, Wong Kee Song LM, Repici A. Role of self-expandable stents for patients with colon cancer (with videos). *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 653-62.
- Cheung DY, Lee YK, Yang CH. Status and literature review of self-expandable metallic stents for malignant colorectal obstruction. *Clin Endosc* 2014; 47: 65-73.
- Arezzo A, Balague C, Targarona E, et al. Colonic stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colonic obstruction: results of a multicentre randomised controlled trial (ESCO trial). *Surg Endosc* 2017; 31: 3297-305.
- Meisner S, González-Huix F, Vandervoort JG, et al. Self-expandable metal stents for relieving malignant colorectal obstruction: Short-term safety and efficacy within 30 days of stent procedure in 447 patients. *Gastrointest Endosc* 2011; 74: 876-84.
- Bayraktar B, Ozemir IA, Kefeli U, et al. Colorectal stenting for palliation and as a bridge to surgery: A 5-year follow-up study. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 9373-9.
- Lee HJ, Hong SP, Cheon JH, et al. Long-term outcome of palliative therapy for malignant colorectal obstruction in patients with unresectable metastatic colorectal cancers: Endoscopic stenting versus surgery. *Gastrointest Endosc* 2011; 73: 535-42.
- Horesh N, Dux JY, Nadler M, et al. Stenting in malignant colonic obstruction-is it a real therapeutic option? *Int J Colorectal Dis* 2016; 31: 131-5.
- Van Hooft JE, Veld J V., Arnold D, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy* 2020; 52: 389-407.
- Webster PJ, Aldoori J, Burke DA. Optimal management of malignant left-sided large bowel obstruction: Do international guidelines agree? *World J Emerg Surg* 2019; 14: 1-8.
- Gianotti L, Tamini N, Nespoli L, et al. A prospective evaluation of short-term and long-term results from colonic stenting for palliation or as a bridge to elective operation versus immediate surgery for large-bowel obstruction. *Surg Endosc Other Interv Tech* 2013; 27: 832-42.
- Small AJ, Coelho-Prabhu N, Baron TH. Endoscopic placement of self-expandable metal stents for malignant colonic obstruction: long-term outcomes and complication factors. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 560-72.
- A. D. Colonic perforation after stent placement for malignant colorectal obstruction - Causes and contributing factors. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2011; 20: 133-40.
- Ho K, Chan K, Kwok S, et al. Colonic self-expanding metal stent (SEMS) as a bridge to surgery in left-sided malignant colonic obstruction: an 8-year review. *Surg Endosc* 2016.
- Öistámö E, Hjern F, Blomqvist L, et al. Emergency management with resection versus proximal stoma or stent treatment and planned resection in malignant left-sided colon obstruction. *World J Surg Oncol* 2016; 14: 232.
- Nitta T, Kataoka J, Ohta M, et al. Clinical outcomes of self-expandable metal stent (SEMS) placement as palliative treatment for malignant colorectal obstruction: A single-center study from Japan. *Ann Med Surg* 2017; 19: 33-6.

Greinin barst til blaðsins 3. júní 2020, samþykkt til birtingar 9. nóvember 2020.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2020.12.610

Stenting for colorectal cancer obstruction in Icelandic patients

Margrét Guðrún Ásbjarnardóttir¹
Elsa Björk Valsdóttir^{1,2}
Helgi Kjartan Sigurðsson¹
Páll Helgi Möller^{1,2}

¹University Hospital of Iceland, ²Faculty of Medicine, University of Iceland.

Correspondence: Margrét Guðrún Ásbjarnardóttir, margretga@gmail.com

Key words: Stent, colorectal cancer, malignant obstruction, bridge to surgery, palliation.

INTRODUCTION: Self-expandable metal stents (SEMS) are a known treatment option for obstruction due to colorectal cancer. The objective of this project was to estimate the usage of such stents in Iceland between 2000-2018. We evaluated the number of patients who received the stent as a bridge to surgery (BtoS) or as a palliative therapy (PT) and evaluated complication rate and the technical and clinical success rate.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective review of patients in Landspítali University Hospital who received SEMS for malignant colorectal obstruction. Search was conducted using diagnostic and therapeutic codes in the Icelandic electronic medical record system.

RESULTS: A total of 43 patients with colorectal cancer received in total 53 SEMS for obstruction, the first patient in 2005. More patient received SEMS as PT (n=27) than as BtoS (n=16). Colon perforation occurred in 5 patients (12%). A resection with primary anastomosis was performed in 69% of the BtoS patients. The majority of the PT patients did not receive an operation (63%). Permanent stoma ratio was 27% for BtoS patients and 22% for PT patients.

CONCLUSION: SEMS served as BtoS with resection and primary anastomosis for the majority of patients in the BtoS group. For a majority of patients in the PT group, SEMS could be used to avoid surgery. The perforation rate was relatively high. Information on technical and clinical success was poorly recorded. Because of the retrospective nature of the study and the small population size all results should be interpreted with caution.