

Inkontinens etter akutt kirurgi og ileoanal anastomose ved ulcerøs kolitt

I gjennomgang av langtidsresultatene fra Rikshospitalet presenteres i Tidsskriftet nr. 3/2001 data om akutt kolektomi og ileoanal anastomose hos 31 pasienter med ulcerøs kolitt (1).

Resultatene viser at alle pasientene angir at de hadde full kontroll over avføringen, men at to brukte bleie om natten. Funnet står i kontrast til hva som i samme nummer presenteres av Johnsen og medarbeidere (2) og Larsen og medarbeidere (3) omkring dette tema. Mens avføringsfrekvens dag og natt ikke synes vesentlig forskjellig i de tre studiene, er andelen pasienter med inkontinens og bruk av bleie signifikant forskjellig i publikasjonene (2) og (3) sammenliknet med funnene til Lien & Løvteit (1). Det faktum at forfatterne (1) ikke finner inkontinens for avføring, diskuteres ikke videre, men kan tenkes å ha forskjellige forklaringer.

Metoden for innsamling av data har vært den samme i de tre undersøkelsene, og pasientene synes å ha blitt operert i den samme tidsperioden (1984–99). I den førstnevnte undersøkelsen (1) forekommer det et utvalg av pasienter som har returnert besvarelsen. Dette kan være en seleksjon av pasienter uten inkontinens. Teoretisk kan det også ha vært kun menn som har besvart den anonyme spørreundersøkelsen, da det i Larsen & Holes materiale (3) hos menn er halvert forekomst av lekkasje sammenliknet med kvinner, noe som ikke var tilfellet i Johnsen og medarbeideres undersøkelse (2). Mangelfull eller feil utforming av spørsmål om inkontinens i Lien & Løvteits arbeid (1) kan også ha vært årsak til de avvikende resultater. Operasjonsmetode kan ifølge litteraturen også delvis forklare noe av forskjellen (4). Et spørsmål som melder seg, er imidlertid om pasienter yngre enn 50 år operert akutt/subakutt, og derved for flertallet, med en kort preoperativ sykdomsvarighet (oftest < 1 år), har en betydelig bedre prognose hva gjelder senere kontinens? Svaret kan ha prinsipiell betydning og endre indikasjonstillingen til kolektomi og den informasjon vi skal gi våre pasienter med ulcerøs kolitt.

Fredrikstad

Bjørn Moum

Litteratur

1. Lien B, Løvteit T. Resultater etter akutt kirurgi og ileoanal anastomose ved ulcerøs kolitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 295–7.
2. Johnsen E, Carlsen E, Nazir M, Nygaard K. Funksjonelt resultat etter reservoarkirurgi ved ulcerøs kolitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 292–4.

3. Larsen A, Hole KH. Livssituasjonen for pasienter operert med ileoanal anastomose. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3892–5.

4. Tuckson W, Lavery I, Fazio V. Manometric and functional comparison of ileal pouch anal anastomosis with and without anal manipulation. Am J Surg 1991; 161: 90–4.

B. Lien & T. Løvteit svarer:

Vi har med interesse studert Bjørn Moums kommentarer til vår artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2001. Enkelte av synspunktene finner vi urimelige, andre svært interessante. 36 av 40 reservoaropererte fikk tilsendt vårt spørreskjema. Vi har redegjort for grunnen til at spørreskjemaet ikke kunne sendes til de resterende fire. Vi mottok 31 utfylte skjemaer uten purring, 30 av pasientene hadde besvart spørsmålet vedrørende kontinens. Vi anser dette for en god svarrespons, og antydningen om systematisk seleksjon, eksempelvis at det kun var menn som hadde besvart spørsmålet, anser vi som urimelig. Det interessante i Moums kommentarer er registrering av de gode resultatene ved reservoarkirurgi hos pasienter yngre enn 50 år. Det er vår subjektive oppfatning at resultatet vedrørende kontinens er best i de yngste aldersgrupper. Vi har også tatt konsekvensen av dette i vår preoperative pasientinformasjon. Moum antar at de gode resultatene beror på at yngre pasienter har en kort preoperativ sykdomsvarighet. Vi har antatt at årsaken ligger i at yngre pasienter har en bedre kapasitet vedrørende funksjon og opp trening av den eksterne analsfinkter. Dette har vi imidlertid ikke undersøkt systematisk.

Molde/Oslo

Bjørn Lien d.y.
Torbjørn Løvteit

Vet allmennpraktikere (og andre) for lite om kroniske smerter?

Kronisk smerte er et nokså nytt og vanskelig tverrfaglig problemområde av tiltakende samfunnsøkonomisk betydning. Ingen helseprofesjoner får kunnskap om smerte- og symptomlindring automatisk i grunnutdanningen. Smertetilstander er ofte upresist definert. Smertediagnoser er gjerne produkter av midlertidig konsensus oppnådd i grupper av spesialister gjennom flertallsbeslutninger fattet i en Delfi-prosess. De (få) kolleger som er smerteinteressert, må hente kunnskap i overnasjonale, tverrfaglige fora viet symptomrettet behandling.

Fuk-Tai Sundvor refererer i Tidsskriftet nr. 7/2001 Stein Knardahls undring over «allmennpraktikeres manglende tilstedeværelse på smertekongresser rundt om i verden» (1). Påpekningen er meget relevant, og fraværet er etter min mening en utilsiktet følge av et småskåret regelverk for obligatorisk resertifisering av spesialister (2). Enhver vellykket håndtering i førstelinjetjenesten av pasient med debuterende smerte-problematikk gir samfunnsøkonomiske gevinster. Mange kroniske smertetilstander er muskelrelatert (3). Vurdering av bevegelsesapparatet overlates ofte til fysioterapeuter – skolert i de samme modeller som legene. De bildeteknologiske funn tillegges avgjørende betydning som objektiv årsaksforklaring, selv om leddnære skjelettforandringer først kommer over tid. Praktisk tilnærming til biomekaniske bevegelsesmønstre som utløser og/eller vedlikeholder smertemekanismer er nærmest fraværende i norsk medisinsk kultur (4). Utilsiktet kan forholdet hindre et vellykket resultat. Innlæring av fysiologisk pustemønster og kroppsstatikk, aktiv stretching av de (behandlede) forkortede muskler, bruk av kognitive teknikker for bevisst atferdsendring er tiltak som (over tid) vil kunne bryte den onde sirkel av smerte, angst, stress, muskelspenninger og feil kroppsbruk. Utfordringen ligger i å tilegne seg en modellforståelse som gjør det mulig å diagnostisere smertemekanismer mer presist, samt opparbeide praktiske ferdigheter i kurasjon i de tilfeller der forhold lar seg endre, eller i palliasjon. En ferdighet som begrenser seg til kun å forstå lidelse, bringer ingen endring.

Jeg deler Sundvors oppfatning om at allmennpraktikere blir eksperter på KOPF (kontinuerlig/koordinerende, omfattende/omsorgsfull, personlig/påpasselig og forpliktende/forebyggende) – men kanskje blir mange av oss for forståelsesfulle uten å vite nok om de nociseptive og/eller nevropatiske aspekter av den underliggende (kroniske ikke-maligne) smertetilstand?

Tjøme

Tine von Hanno

Litteratur

1. Sundvor F-T. Vet allmennpraktikere for lite om kroniske smerter? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 845.
2. von Hanno T. Palliativ omsorg på grunnplan – allmennlegens plass? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 973.
3. von Hanno T, Spiechowicz J. Kronisk ikke-malign smerte – en allment utfordrende hybrid. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3628–32.
4. Vestberg F. Smerte – statikk-korreksjon – en ny metode. København: Borgen forlag, 1992.