

Trolig dør mange pasienter fordi denne ordningen ikke er på plass

Hvilke vaktordninger sikrer god behandling av gastrointestinale blødninger?

Blødning til tarmkanalen, gastrointestinal blødning, er potensielt livstruende, og mortaliteten varierer med behandlingen (1). I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Bjørn Moum og medarbeidere (2) en serie med 162 pasienter fra Østfold, der nær halvparten (47 %) hadde behov for akutt øvre endoskopi, de fleste på grunn av blødning. Det understrekes at en vaktordning som gjør endoskopisk diagnostikk og behandling ved høyt kvalifiserte fagfolk tilgjengelig, er et nødvendig kvalitetskrav for disse pasientene. Både norsk erfaring og internasjonal litteratur støtter denne oppfatningen (3).

Til tross for at endoskopisk diagnostikk og behandling løser de fleste blødningsproblemer, gjenstår en ikke ubetydelig gruppe pasienter som trues av å blø seg i hjel etter at de endoskopiske muligheter er brukt opp. Tradisjonelt har disse pasientene til slutt fått kirurgisk behandling, men det har etter hvert også utviklet seg et godt intervensjonsradiologisk tilbud som kan erstatte kirurgi hos mange pasienter. I noen situasjoner er det til og med sannsynlig at akutt embolisering bør velges som første behandling – også for endoskopi – fordi dette kan redusere blodtapet og øke pasientens samlede sikkerhet (4).

Øvre gastrointestinale blødninger skyldes oftest ulcus, oesophagusvaricer (pga. portal hypertensjon) eller tumorer, nedre blødninger skyldes karanaomalier, svulster eller divertikler. Dertil kan nyere potent onkologisk behandling forårsake akutte blødninger til gastrointestinaltractus som en komplikasjon til nekrose i tumor, særlig ved behandling av gastrointestinale lymfomer (5). Karakteristisk for noen av disse blødningene er at det kan blø hvor som helst i tarmkanalen, for eksempel i deler av jejunum som forsynes fra a. mesenterica superior. Endoskopi er ikke velegnet for dette tarmavsnittet. En vaktordning som dekker behandlingsbehovet hos denne heterogene pasientgruppen, må bestå av erfaren endoskopør, slik Moum og medarbeidere understreker, men dertil kreves intervensjonsradiolog og selvsagt kirurg. Dette tverrfaglige teamet synes å representere det beste tilbud pasienter med livstruende gastrointestinal blødning kan få, og det vil være en utfordring å bygge opp et slikt tilbud som er tilgjengelig døgnet rundt. Samarbeidet internt i dette tverrfaglige teamet må være nært for å utnytte mulighetene ved å kombinere alle behandlingsformer. Det mest påtrengende behovet for samhand-

ling foreligger hos den begrensede gruppen pasienter som blør livstruende etter at alle endoskopiske muligheter er prøvd. De har en svært høy dødelighet, bl.a. fordi kirurgisk behandling gjennomføres under stort tidspress, noen ganger uten presis lokalisering av blødningsfokus. Hvis denne kliniske situasjon skyldes nedre gastrointestinal blødning, kan akutt angiografi med embolisering stanse blødningen, men okklusjon av karforsyningen til tynn- eller tykktarm må forventes å gi nekrose av det aktuelle tarmsegmentet (6).

Indikasjonsstillingen for slik embolisering vil dermed være identisk med indikasjonsstillingen for kirurgisk behandling. Det at blødningen stanses før laparotomi, bedrer pasientens sjanse for å overleve, både fordi pasienten opereres i sirkulatorisk stabil tilstand, og fordi det er lett å se det iskemiske tarmsegmentet som skal fjernes. Subtotal kolektomi uten lokalisert blødningsfokus (eller inngrep som kan være enda mer vilkårlige) kan dermed forhindres.

Det er trolig rom for vesentlige forbedringer av akutt behandling av gastrointestinale blødninger ved norske sykehus, og det blir en stor utfordring å etablere en 24-timers vaktordning med erfaren endoskopør. Trolig vil ikke alle sykehus kunne tilby intervensjonsradiologi kombinert med gastrokirurgisk bakvakt, og samarbeid sykehusene imellom vil nok være nødvendig for å «få igjennom» de mest problematiske pasientene.

Trond Buanes

Gastrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Trond Buanes (f. 1950) er professor ved Universitetet i Oslo, og assisterende avdelingsoverlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus. Viktigste forskningsfelt er laparoskopisk kirurgi og pancreas-/leverkirurgi. Han leder arbeidsgruppen for kirurgi, indremedisin og gynekologi i Østnorsk Helsenett.

Litteratur

1. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318–21.
2. Moum B, Hauge T, Lerang F, Sandvei P, Henriksen M, Pettersen T. Evaluering av behovet for døgnkontinuerlig endoskopitilbud. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3396–8.
3. Qvist P, Arnesen KE, Jacobsen CD, Rosseland AR. Endoscopic treatment and restrictive surgical policy in the management of peptic ulcer bleeding. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 569–76.
4. Defreyne L, Vanlangenhove P, De Vos M, Pattyn P, Van Maele G, Decruyenaere J et al. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. *Radiology* 2001; 218: 739–48.
5. Buanes T, Østenstad B, Dueland S, Edwin B. Kirurgisk behandling av lymfomer i bukhulen – videoillustrasjoner av åpen versus laparoskopisk teknikk. Abstrakt nr. 96. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, høsten 2000.
6. Rösch J. Lower gastrointestinal bleeding. I: Dondelinger R, Rossi P, Kurdziel JC, Wallace S, red. *Interventional radiology*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1990.