

Diskussion

Patienten blev symptomatisk behandlet med prednisolon og specifikt med lamivudin. Under udtrapning af prednisolon-behandling optrådte serokonversion fra HBeAg til anti-HBe og HBV-DNA blev negativ. Patienten har nu normal leverbiokemi og ikke behov for immunsupprimerende behandling af PAN.

Kronisk HBV-infektion ses hos 20% af PAN-patienter, med variation svarende til forekomst af HBV-infektion i baggrundspopulationen (2). Immunkompleksdannelse er en del af patogenesen ved HBV-associeret PAN (2). Da immunsupprimerende behandling øger HBV-replikationsaktiviteten, er behandlingen en balancegang mellem symptomatisk immunsupprimerende behandling af PAN-manifestationer og behandling af kronisk hepatitis B. Alfa-interferon (IFN) har været anvendt til behandling af HBV-associeret PAN (3). Lamivudin er på grund af sin direkte antivirale virkningsmekanisme bedre egnet til behandling af immunkompromiterede patienter (4). Lamivudin gives peroralt og har færre og lettere bivirkninger end IFN (5). Resistensudvikling over for lamivudin ses dog hos 16% efter et års behandling (6).

Summary

Tine Münster, Nina M. Weis & Kim Krosgaard:
Treatment of polyarteritis nodosa and hepatitis B infection with lamivudine.

Ugeskr Læger 2002; 164: 342-3.

A 36-year-old man was diagnosed with polyarteritis nodosa (PAN). He presented with weight loss, hypertension, and

mono-neuritis. Pneumoperitoneum and septicaemia developed and laparotomy revealed necrosis of a segment of the ileum. The patient was HBsAg/HBeAg and HBV DNA positive. Liver biopsy showed active cirrhosis. The PAN symptoms remitted upon treatment with prednisolone and lamivudine. Seroconversion from HBeAg to anti-HBe occurred six months later.

One year after the end of treatment, the patient was still HBeAg and HBV DNA negative, with normal liver enzymes and no symptoms of PAN.

Reprints: Nina Weis, H:S Hvidovre Hospital, infektionsmedicinsk afdeling, DK-2650 Hvidovre.

Antaget den 15. juni 2001.

H:S Hvidovre Hospital, klinisk forskningsenhed og infektionsmedicinsk afdeling.

Litteratur

1. Dienstag JL, Schiff ER, Wright TL, Perrillo RP, Hann H-WL, Goodman Z et al. Lamivudine as initial treatment for chronic hepatitis B in the United States. *N Engl J Med* 1999; 341: 1256-63.
2. Guillemin L, Lhote F, Jarrousse B, Bironne P, Barrier J, Deny P et al. Polyarteritis nodosa related to hepatitis B virus. A retrospective study of 66 patients. *Ann Med Interne* 1992; 143 (suppl 1): 63-74.
3. Avsar E, Savas B, Tözün N, Ulusoy NB, Kalayci C. Successful treatment of polyarteritis nodosa related to hepatitis B virus with interferon alpha as first-line therapy. *J Hepatol* 1998; 28: 525-6.
4. Ahmed A, Keefe EB. Lamivudine therapy for chemotherapy-induced reactivation of hepatitis B virus infection. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 249-51.
5. Tassopoulos NC, Volpes R, Pastore G, Heathcote J, Buti M, Goldin RD et al. Efficacy of Lamivudine in patients with hepatitis B e antigen-negative/hepatitis B virus DNA-positive (precore mutant) chronic hepatitis B. *Hepatology* 1999; 29: 889-96.
6. Viral hepatitis. DSIM klaringsrapport 1998. København: *Ugeskr Læger* 1998; 160 (suppl 2): 1-15.

Ano/rektoskopi

KLINISKE PROCEDURER

John Christiansen & Jørgen Rask Madsen

Sekvensen af kliniske undersøgelser i forbindelse med ano/rektoskopi er: 1) inspektion af det anale og perianale område, 2) anal- og rektaleksploration fulgt af 3) anoskopi og eller rektoskopi.

Anoskopi

Anoskopi er den bedst egnede metode til inspektion af analkanalen.

Indikation

Anale smerter, kløe, svien, frisk blødning eller sekretion. Ved anoskopi kan man diagnosticere interne hæmoroider, fistelåbninger, kroniske fissurer, analcancer, kondylomer samt inflammatoriske tilstande i analkanalen og ved den anorektale overgang.

Kontraindikation

Eneste kontraindikation er smerter. Hos den bedøvede patient er der ingen kontraindikationer.

Forberedelse af patienten

Ingen. Selv ved rektal obstipation vil analkanalen kunne inspiceres efter optørring.

Instruktion af patienten

Patienten informeres om, at undersøgelsen kan opleves ubehagelig, men normalt ikke er smertefuld. Dette gælder dog ikke, hvis der efter inspektion eller rektaleksploration er fundet tegn på fissur, tumor, tromboseret hæmoroide eller fistel. I disse tilfælde bør patienten informeres om, at undersøgelsen kan være så smertefuld, at det vil være hensigtsmæssigt at anlægge lokalanæstesi. I sjældne tilfælde, særligt ved analcancer, er universel anæstesi nødvendig. Undersøgelsen er ikke forbundet med risici.

Redskaber og utensilier

Ved anoskopi kan analkanalen og den rektoanale overgang inspiceres. Anoskoper er tubulære instrumenter, som fås i forskellige udformninger dels som flergangsinstrumenter af metal, dels som engangsinstrumenter af kunststof i længder mellem 7 og 10 cm. Anoskoperne kan være lige eller skråt afskårne. Sidstnævnte kan være en fordel i forbindelse med håndteringen af instrumenterne. Flergangsanoskoper kan fås med indbyggede lyskilder, mens engangsanoskoper leveres i udformninger, der tillader montering direkte på en standardlyskilde af samme type, som anvendes til rektoskopi. Ved anvendelse af engangsanoskoper uden lyskilde, som er de hyppigst anvendte, er det vigtigt, at der bag undersøgeren er monteret en lampe, som giver god lysgang ind i skopet. Anvendelse af lys fra et løst lyslederkabel er derimod uensigtsmæssigt, idet undersøgeren da ikke har en hånd fri til instrumentering og optørring gennem skopet.

Det er nødvendigt at have vat- eller gaze-pinde til optørring samt adgang til biopsitænger. Det samme udstyr, som bruges til rektoskopi, kan anvendes til anoskopi. Endvidere er det ved anoskopisk fisteldiagnostik vigtigt at have små bøjelige metalsonder – både de tynde Bowmans sonder og de lidt tykkere myrtebladssonder.

Procedure

Patienten lejres i gynækologisk leje eller i knæ-albue-leje evt. på et specielt vippebord, hvorimod sideleje er uegnet til anoskopi. Anoskopet indsmøres i eksplorationscreme og indføres med obturator isat. Indføringen sker med én hånd, så undersøgerens anden hånd er fri til håndtering af instrumenterne. Når skopet er indført, fjernes obturatoren, og anoskopet trækkes tilbage til linea dentata. Papiller, krypter og eventuelle fistelåbninger kan inspiceres direkte, og under inspektionen kan man bede patienten presse, så man kan vurdere graden af hæmoroider eller en eventuel mucosa-prolaps. Afhængigt af fundene foretages med den frie hånd podning, biopsi eller eventuelt terapeutiske procedurer (hæmorrhoideligatur, elektrokoagulation etc.). Ved evt. sondering af mulige fistler gennem eksterne åbninger skal man altid være opmærksom på risikoen for en via falsa.

Efterfølgende kontrol af patienten

Hvis undersøgelsen er udført uden anæstesi kræves ingen observation eller kontrol.

Risici

Der er ingen risici forbundet med selve anoskopien.

Kommentar

Undersøgelsen skal forudgås af rektaleksploration. Dels vil man kunne palperer en kronisk fissur eller fistelgang, perianal induration eller tumorvæv, hvilket kræver, at anoskopien udføres i lokalanæstesi, og dels kan man palperer området bagtil ved den anorektale overgang, som kan være vanskeligt at inspicere.

Rektoskopi

Rektoskopi har hidtil været den anbefalede metode til in-

spektion af rectum. Dette er imidlertid ved at være historie, idet den metode, der anbefales i dag (bl.a. under henvisning til MTV-rapporten: Kræft i tyktarm og endetarm – diagnostik og screening. Medicinsk Teknologivurdering 2001; 3 (1). Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen), er fleksibel sigmoideoskopi. Da rektoskopi formentlig fortsat vil have en vis udbredelse i en overgangsperiode, skal de hidtidige indikationer og teknikken ved undersøgelsen kort beskrives.

Indikation

Rektoskopi har været anvendt ved de samme symptomer som beskrevet for anoskopi, idet de nævnte symptomer kan forårsages af lidelser såvel i analkanalen som i rectum. Her-til kommer et ændret afføringsmønster og ukarakteristiske abdominalsmerter, hvor colonudredning er indiceret. Rektoskopien skal da kombineres med en dobbeltkontrastrøngenundersøgelse af colon. Både på denne indikation og ved udredning af blødning per anum bør rektoskopi dog erstattes af fleksibel sigmoideoskopi, som har en større diagnostisk specificitet og sensitivitet. Ved palpable forandringer i rectum, og især ved mistanke om tumor, inspiceres og biopteres rektoskopifundet. Fastlæggelse af den præcise afstand fra underkanten af en tumorproces til analåbningen (linea dentata), som er afgørende for valget af operationsmetode, sker fortsat bedst ved måling på rektoskopet. Endelig er rektoskopi velegnet til diagnostik af infektiøs proctitis og monitorering af behandlingseffekten ved colitis ulcerosa.

Kontraindikation

Der er ingen kontraindikationer bortset fra smerter hos den ubedøvede patient. Særlig forsigtighed må dog udvises hos patienter med kronisk inflammatorisk tarmsygdom, hvor en vis, om end ringe, perforationsrisiko er til stede.

Forberedelse af patienten

Tarmudtømmning er i de fleste tilfælde nødvendig og direkte uhensigtsmæssig, hvis indikationen er mistanke om proctitis, idet selve udrensningen ofte medfører en let inflammatorisk reaktion, som kan vanskeliggøre proctitidiagnostikken. For at sikre fuldt overblik over rectum i forbindelse med tumordiagnostik er udtømmning dog hensigtsmæssig. Denne kan foretages med et laksativt suppositorium eller klyksma 1-2 timer før undersøgelsen.

Instruktion af patienten

Undersøgelsen kan være forbundet med let ubehag, hvis der indblæses luft i rectum, og undertiden lette smerter på grund af træk i tarmen under fremføring af rektoskopet. Ubegag efter undersøgelsens afslutning vil forsvinde, når den indblæste luft er afgået. Hvis der er taget biopsi, skal patienten instrueres om at henvende sig til læge eller hospital, hvis der opstår smerter i underlivet eller blødning.

Redskaber og utensilier

Rektoskoper findes dels som flergangsinstrumenter af metal og dels som engangsskoper af stift plastikmateriale. Længden er normalt 25 cm og standarddiametere 1,9 cm. Der

findes rektoskoper med en større diameter (op til 4 cm), som primært er beregnet til operative procedurer som fx fjernelse af større polypper. Endvidere findes børnerektoskoper med en diameter på 1,1 cm.

Rektoskopet er forsynet med en obturator, som fjernes, når instrumentet er indført gennem analkanalen. En rektoskopansats, der monteres på skopet, består af et vindue, som holdes lukket under undersøgelsen for at fastholde udspilningen af rectum, en fiberlyskilde og en ballon til opblæsning af rectum. Som supplerende instrumentarium er sug eller lange vatpinde til optørring samt biopsitænger nødvendige. Sidstnævnte findes med forskellige udformninger af vinklet bid. Til slimhindebiopsier anbefales tænger med et lille bid, mens større biopsitænger kan anvendes til tumorbiopsier.

Procedure

Patienten lejres oftest af kirurgen i stensnitleje, mens medicinen foretrækker knæ-albue-leje, som sikrer et bedre overblik og letter fremføringen af rektoskopet. De nævnte forskelle i specialernes tradition skyldes de forskelle, der har været i det primære formål med undersøgelsen (tumordiagnostik vs. monitorering af inflammation).

Der indledes med rektaleksploration, dels for at sikre fri passage gennem analkanalen og dels for ikke at overse tumorprocesser bagtil og helt analt i rectum, hvor oversigten gennem rektoskopet kan være vanskelig.

Rektoskopet indføres med obturator, velindsmurt i eksplorationscreme. Når skopet er ført gennem analkanalen (3-4 cm) fjernes obturatoren, og vinduet lukkes/påsættes, hvorefter skopet føres videre frem mod venstre og nedad og derefter fremad under synets vejledning og under hensyntagen til, at lumen primært findes anteriort i retningen mod venstre (Fig. 1). Er det primære formål med undersøgelsen tumordiagnostik, indblæses samtidigt luft for at bedre oversigten. Hele rectum, dvs. 18-20 cm, inspiceres. Den detaljerede inspektion af rektalslimhinden sker under tilbagetrækningen af skopet.

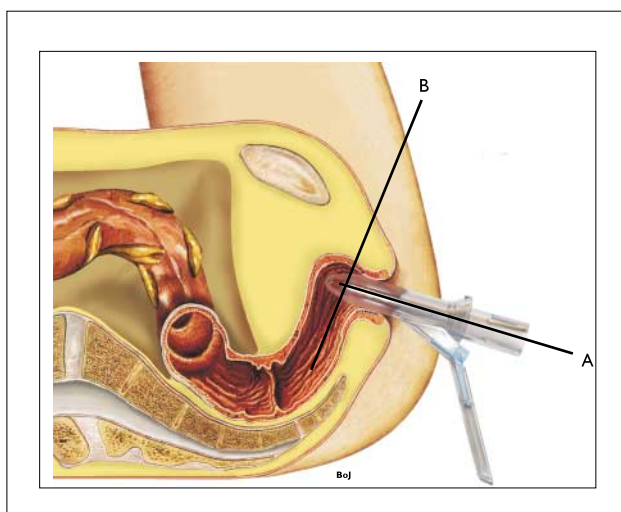


Fig. 1. Ændringer i retning under indføring af rektoskopet i rectum: A: Primært rettes rektoskopet mod umbilicus. B: efter at have passeret analkanalen rettes instrumentets spids bagud. Under synets vejledning føres rektoskopet videre mod den rektosigmoidale overgang.

Ved patologiske fund kan man bioptere efter åbning af rektoskopvinduet. Udføres rektoskopi i forbindelse med diarréudredning eller for at vurdere graden af inflammation, undlades luftinsufflation i rectum, og der biopteres fra bagvæggen under omslagsfolden (<12 cm oppe), idet mekanisk distension af slimhinden undgås. Biopsistedet komprimeres om nødvendigt et par minutter med en vatpind for at standse en eventuel blødning.

Efterfølgende kontrol af patienten

Kontrol efter undersøgelsen er ikke nødvendig, men patienten skal oplyses om, at blødning kan forekomme, hvis der er udført bioptering.

Risici ved indgrebet

Perforation under indføring af rektoskopet er beskrevet, men forekommer så sjældent, at der ikke findes sikre tal for hyppigheden. Denne risiko burde være elimineret, når indføringen sker under synets vejledning. Risikoen for perforation i forbindelse med biopsi er derimod reel, særligt ved en inflammatorisk tarm. Slimhindebiopsi i denne situation bør derfor tages på bagvæggen og så langt analt, at man med sikkerhed er under omslagsfolden. Efter bioptering bør der ikke udføres røntgenundersøgelse af colon før tidligst efter tre døgn af hensyn til perforationsrisikoen. Blødning er ligeledes en risiko efter biopsi, men i de fleste tilfælde opnås primær hæmostase ved kompression. Om nødvendigt udføres elektrokoagulation.

Reprints: Jørgen Rask Madsen, medicinsk gastroenterologisk afdeling C-112, Amtssygehuset i Herlev, DK-2730 Herlev.
E-mail: jrmm@herlevhosp.kbhamt.dk

Antaget den 29. maj 2001.

Amtssygehuset i Herlev, kirurgisk gastroenterologisk afdeling D og medicinsk gastroenterologisk afdeling C.