
Kirurgi ved Crohns sykdom

KORT RAPPORT

SOFIE EMILIE LISØ

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: ide, utforming av protokoll, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, utarbeiding av manus og godkjenning av endelig manusversjon.

Sofie Emilie Lisø er 6. års medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTIN HAGVE

Avdeling for gastroenterologisk kirurgi

Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

og

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: utforming av protokoll, analyse og tolking av data, litteratursøk, revisjon og godkjenning av endelig manusversjon.

Martin Hagve er overlege og førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TROND DEHLI

trond.dehli@gmail.com

Avdeling for gastroenterologisk kirurgi

Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

og

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: ide, utforming av protokoll, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, revisjon og godkjenning av endelig manusversjon.

Trond Dehli er overlege og førsteamanuensis.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

Bakgrunn

Kirurgi er aktuelt for pasienter med Crohns sykdom når medisinsk behandling ikke gir tilfredsstillende sykdomskontroll, eller hvis det oppstår stenoser, fistler eller abscesser. Vi ønsket å undersøke hvilke typer tarmkirurgi disse pasientene gjennomgår, samt ventetider og forekomst av alvorlige komplikasjoner.

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv observasjonsstudie som undersøker kirurgisk behandling av Crohns sykdom ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i tidsrommet 1.1.2013–31.12.2021.

Resultater

Totalt 179 pasienter ble inkludert i studien: 92 kvinner og 87 menn, med en medianalder på 44 år (interkvartilbredde: 26–57). Av disse ble 151 (84 %) pasienter operert elektivt med median ventetid på 89 dager (interkvartilbredde: 43–142), mens 28 (16 %) ble operert akutt.

De hyppigste indikasjonene for operasjon, både ved elektiv kirurgi og ved øyeblikkelig hjelp, var stenose hos 65 pasienter (36 %), fistel/abscess hos 53 (30 %), ileus/subileus hos 41 (23 %) og manglende effekt av medikamentell behandling hos 40 (22 %). 60 (34 %) av pasientene hadde flere indikasjoner for kirurgi. 28 (16 %) av pasientene ble laparoskopert, hos de øvrige var kirurgisk tilgang åpen. Alvorlige komplikasjoner (reoperasjon i generell anestesi, organsvikt eller død) forekom hos 50 pasienter (28 %), inkludert anastomoselekkasje hos 12 av 105 pasienter (11 %) der det ble anlagt anastomose. 28 (16 %) pasienter ble reinnlagt innen 30 dager etter utskrivelse.

Fortolkning

Det var stor variasjon i type kirurgi blant pasienter med Crohns sykdom i dette materialet. Komplikasjonsfrekvensen var høy, og ventetiden for kirurgisk behandling var lang.

Hovedfunn

Av 179 pasienter operert for Crohns sykdom fikk 50 (28 %) alvorlige komplikasjoner postoperativt (re-intervensjon i generell anestesi, organsvikt eller død).

Ventetiden for elektive inngrep var median 89 dager (interkvartilbredde: 43–142).

Ved Crohns sykdom er kirurgi aktuelt når det oppstår komplikasjoner (abscess, fistel, stenose), eller når det ikke er mulig å oppnå tilfredsstillende sykdomskontroll med medisinsk behandling (1, 2). Omkring 50 % av pasienter med Crohns sykdom trenger kirurgi i løpet av livet (2). Noen pasienter vil ha behov for preoperativ optimalisering med hensyn til kontroll av abscess og/eller sepsis, medikamentell behandling og ernæring. Kirurgien kan også være kompleks, med høy sannsynlighet for komplikasjoner. Samtidig er det vår erfaring at denne pasientgruppen ofte må vike for pasienter med malign sykdom som indikasjon for kirurgi når operasjonsressursene skal prioriteres. Vi ønsket derfor å undersøke hvilken type tarmkirurgi som utføres ved Crohns sykdom, de postoperative resultatene etter slik kirurgi, samt ventetid før kirurgi.

Materiale og metode

Studien er en retrospektiv observasjonsstudie. Pasienter ble inkludert hvis de var innlagt ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i perioden 1.1.2013–31.12.2021 og utskrevet med ICD-10-diagnose K50 Crohns sykdom, samt operert under samme innleggelse med operasjonskoder JF og JG i henhold til Norsk klinisk prosedyrekodeverk (3, 4). Pasientene ble identifisert gjennom søk i elektronisk pasientjournal på pasienter innlagt ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i den aktuelle tidsperioden, med både relevant diagnose- og operasjonskode. Kun pasienter primæroperert ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø ble inkludert. Alle parametere ble registrert manuelt ved gjennomgang i elektronisk pasientjournal. Pasientene ble ekskludert ved feilkoding med Crohns sykdom hvis de ble operert for annen sykdom (f.eks. kreft), ved endoskopiske prosedyrer, ved operasjoner for andre diagnoser enn Crohns sykdom (f.eks. appendisitt, ileus), og ved reoperasjoner der primæroperasjonen var ved et annet sykehus.

Vi registrerte type operasjon, antall inngrep, kjønn, alder, ventetid, tidligere operasjoner, hastegrad, kirurgisk tilgang, indikasjon for kirurgi, liggetid og reinnleggelse. Komplikasjoner ble klassifisert etter skjema fra Clavien-Dindo, hvor stadium IIIb–V (IIIb: intervensjon i generell anestesi; IV: organsvikt; V: død) ble regnet som alvorlige komplikasjoner (5).

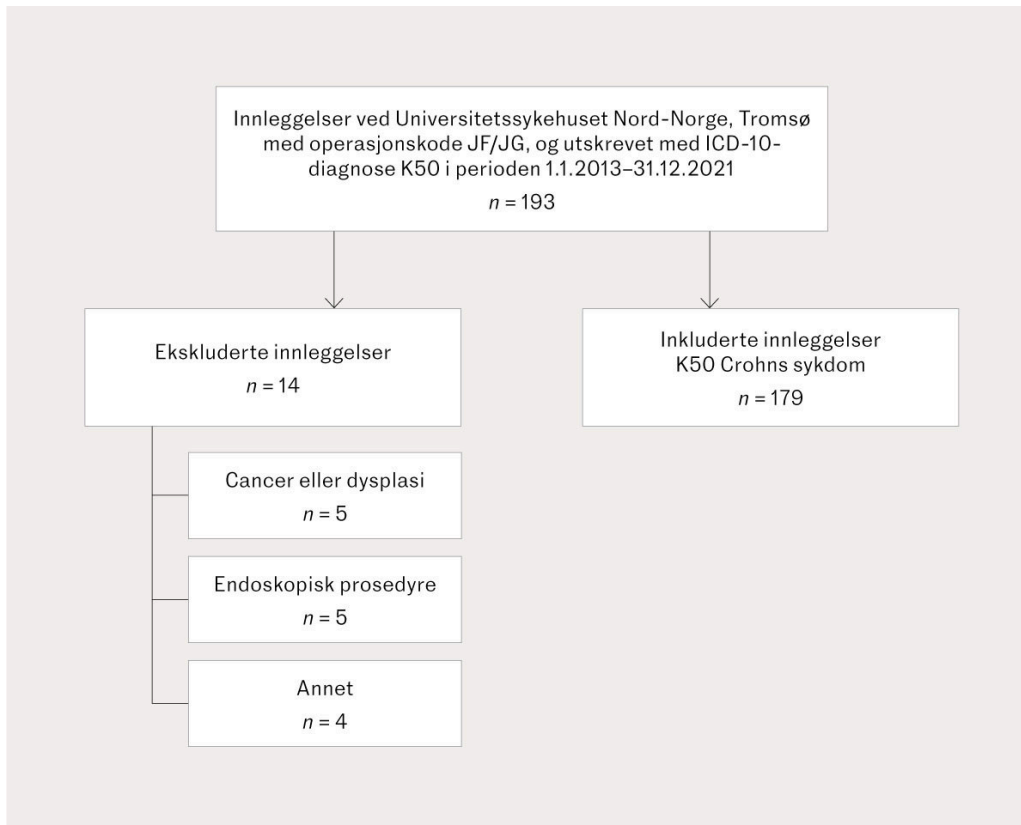
Statistiske beregninger inkluderte deskriptiv statistikk og ble gjort med SPSS versjon 27 (IBM, Armonk, New York).

Personvernombudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø vurderte studien som intern kvalitetssikring og ga tillatelse til gjennomføring og publikasjon (saksnr. 03038/2022).

Resultater

Totalt ble 179 pasienter inkludert i studien (figur 1). Av dem var 92 (51 %) kvinner og 87 (49 %) menn. Median alder var 44 år (interkvartilbredde: 26–57; spredning 11–78). Variasjonen i type inngrep vises i tabell 1. For 129 (72 %) av

pasientene var inngrepet uten alvorlige komplikasjoner (Clavien-Dindo 0–IIIa). 50 (28 %) av pasientene fikk alvorlige komplikasjoner i form av reoperasjon, organsvikt eller død (Clavien-Dindo IIIb–V) (tabell 1). 151 (84 %) av pasientene ble operert elektivt, med en median ventetid på 89 dager (interkvartilbredde 43–142; spredning 3–450) (tabell 1).



Figur 1 Flytskjema som illustrerer inklusjon og eksklusjon av pasienter. 193 pasienter operert for Crohns sykdom ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i perioden 1.1.2013–31.12.2021 ble vurdert for inklusjon, hvorav 179 pasienter ble inkludert i studien.

Tabell 1

Demografi og perioperative data for 179 pasienter operert for Crohns sykdom ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø i perioden 1.1.2013–31.12.2021. Antall (%) dersom annet ikke er angitt.

Variabel	Verdi
Kjønn	
Kvinner	92 (51)
Menn	87 (49)
Alder i år ved operasjon, median (interkvartilbredde)	44 (26–57)
Ventetid i dager, elektiv kirurgi median (interkvartilbredde) ¹	89 (43–142)
Tidligere operasjoner	
Tidligere operert for inflammatorisk tarmsykdom	131 (73)
Ikke operert tidligere	31 (17)

Variabel	Verdi
Andre tidligere bukoperasjoner	17 (10)
Hastegrad	
Elektiv	151 (84)
Øyeblikkelig hjelp	28 (16)
Tilgang	
Laparotomi	118 (66)
Laparoskopi	28 (16)
Stomikirurgi lokalt	18 (10)
Konvertert	8 (4)
Stomikirurgi laparotomi	7 (4)
Indikasjoner ²	
Stenose	65 (36)
Fistel/abscess	53 (30)
Ileus/subileus	41 (23)
Manglende effekt av medisinsk behandling	40 (22)
Tilbakelegging av stomi	22 (12)
Stomiproblemer	19 (11)
Andre	7 (4)
Andre prosedyrer	
Anlagt anastomose	105 (59)
Anlagt stomi	49 (27)
Komplikasjoner ³	
Clavien-Dindo 0-IIIa	129 (72)
Clavien-Dindo IIIb	39 (22)
Anastomoselekkasje (inkludert i Clavien-Dindo IIIb) ⁴	12 (11)
Clavien-Dindo IV-V	11 (6)
Postoperativ liggetid i dager ³ , median (interkvartilbredde)	6 (4-10)
Reinnleggelse innen 30 dager	28 (16)

¹Tid fra søknad om operativ behandling til gjennomført operativ behandling, dager, $n = 151$.

²Totalt antall > 179, da noen av pasientene hadde flere indikasjoner for kirurgi.

³Inkludert alle 179 pasienter i studien.

⁴Av pasienter som fikk anlagt anastomose, $n = 105$.

Diskusjon

I perioden utviklet 28 % av pasientene som fikk kirurgisk behandling for Crohns sykdom ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, alvorlige postoperative komplikasjoner. Anastomoselekkasje oppstod hos 11 % som fikk anlagt anastomose. Dette er høyt, men i overensstemmelse med andre studier (6, 7). Flere faktorer kan påvirke komplikasjonsrisikoen, som komorbiditet, alder, preoperativ ernæringsstatus, steroidbehandling og øyeblikkelig hjelp-indikasjon. Det er derfor nødvendig med gode vurderinger omkring optimalisering før kirurgi, ved valg av inngrep og oppfølging etterpå for å bidra til å senke risikoen for både komplikasjoner og residiv av Crohns sykdom etter kirurgi (2). Et tett samarbeid med spesialister i gastroenterologi og andre yrkesgrupper, som kliniske ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, psykologer etc., er nødvendig for mange pasienter i tiden før operasjon for et best mulig kirurgisk resultat. Dette er også anbefalt for sentre som skal ivareta kompleks kirurgi ved Crohns sykdom (8).

Den kirurgiske behandlingen ved Crohns sykdom varierer mye, både når det gjelder valg av kirurgisk tilgang, kirurgisk prosedyre og antall inngrep for den enkelte pasient. Dette krever bred kirurgisk kompetanse hos de utførende avdelingene. En arbeidsgruppe nedsatt av Norsk forening for kolorektal kirurgi har anbefalt at ett senter i hver helseregion skal ivareta kompleks kirurgi ved inflammatorisk tarmsykdom. Det stilles krav til den multidisiplinære kompetansen ved disse sentrene, ettersom volumet av slik kirurgi er lavt, mens kravet til kompetanse er høyt (8).

Median ventetid for pasientene i denne studien var 89 dager. Norsk forening for kolorektal kirurgi anbefaler inntil seks ukers ventetid for kirurgi ved inflammatorisk tarmsykdom (8). Pasienter med inflammatorisk tarmsykdom har dessverre ingen formelle fristgarantier fra det offentlige i dag.

En svakhet ved studien er at manglende dokumentasjon og feilkoding kan påvirke data. Det er en styrke at det er utført et kombinert digitalt og manuelt datasøk. Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø har regionsansvar for kirurgi ved inflammatorisk tarmsykdom, men flere pasienter er operert ved andre sykehus i Helse Nord, og er ekskludert i denne studien. Dataene er derfor ikke fullstendige på regionsnivå, og vi har kun sett på tarmoperasjoner.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Buer LCT, Moum BA. Inflammatorisk tarmsykdom - diagnostikk og behandling. Indremedisinen 10.8.2016.
<https://indremedisinen.no/2016/08/inflammatorisk-tarmsykdom-diagnostikk-og-behandling/> Lest 25.4.2025.

2. Adamina M, Bonovas S, Raine T et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis* 2020; 14: 155–68. [PubMed][CrossRef]
 3. Helsedirektoratet. ICD-10. <https://finnkode.helsedirektoratet.no/icd10/chapter> Lest 25.4.2025.
 4. Helsedirektoratet. Norsk klinisk prosedyrekodeverk. <https://finnkode.helsedirektoratet.no/nkpk/chapter> Lest 25.4.2025.
 5. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205–13. [PubMed][CrossRef]
 6. Stöss C, Berlet M, Reischl S et al. Crohn's disease: a population-based study of surgery in the age of biological therapy. *Int J Colorectal Dis* 2021; 36: 2419–26. [PubMed][CrossRef]
 7. Sacchetti F, Caprino P, Potenza AE et al. Early and late outcomes of a series of 255 patients with Crohn's disease who underwent resection: 10 years of experience at a single referral center. *Updates Surg* 2022; 74: 1657–64. [PubMed][CrossRef]
 8. Norsk forening for kolorektal kirurgi. Rapport fra IBD arbeidsgruppe. Oktober 2021. <https://kolorektal.no/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-enderelig-IBD-gruppe-v26.10.21.pdf> Lest 25.4.2025.
-

Publisert: 17. juni 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0025
Mottatt 13.1.2025, første revisjon innsendt 1.4.2025, godkjent 12.5.2025.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.