

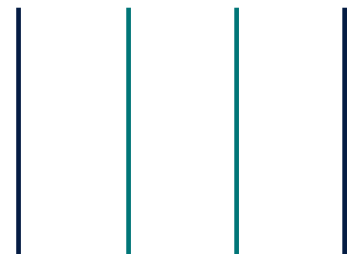


Sammenslutningen af Kræftafdelinger  
Co-operative Cancer Departments

# Malign tarmobstruktion

## Symptombehandling

April 2012



# MALIGN TARMOBSTRUKTION

## Definition

Når en malign sygdom forhindrer den normale transport af tarmindhold.

## Forekomst

c. ovarii primært 5-25% terminalt 42%  
c. coli primært 24% terminalt 10%  
ses sjældnere ved andre cancerformer

## Patofysiologi

Årsager:

1. intraluminal obstruktion: polypper, metastaser
2. intramural obstruktion: tumorspredning i mave-/tarmvæggen, linitis plastica, c.coli Dukes B og C
3. extramural obstruktion: metastaser til mesenterium/oment, adhæreencer i abdomen/pelvis, indvækst i tarmvæg, ascites, hepatomegali
4. motilitetsforstyrrelser (pseudoobstruktion): pga. indvækst i mesenterium, tarmmuskulatur, plexus coeliacus, eller pga. paraneoplastisk syndrom
5. andre faktorer: inflammatorisk ødem, koprostase, fibrose, obstipation pga. medicin, ændret tarmflora (fx toksisk megacolon)

I alt fald tre faktorer er involveret i udviklingen af tarmobstruktionen:

1. ophobning af tarmindhold (fra ventrikel, pancreas, galdeveje), som i sig selv stimulerer intestinal sekretion
2. nedsat absorption af vand og natrium fra tarmlumen
3. øget sekretion til tarmlumen af vand og natrium, efterhånden som distentionen øges

## Symptomer (oftest gradvist indsættende)

	Smerte	opkastning	meteorisme	tarmlyde
<b>Duodenum</b>	ingen	Voldsomme, alimentære	ingen	Evt. plaskende
<b>Jejunum, ileum</b>	Øvre/central kolik	Moderate, senere alvorlige	moderat	Livlige, klingende
<b>Colon</b>	Central/nedre kolik	Sent i forløbet	voldsom	Klingende, metalliske

Hyppigste symptomer:

Tarmkolik 72-76%

Konstante mavesmerter >90%

Opkastning 68-100%

Men også meteorisme, synlig peristaltik, anorexi og diaré

## Undersøgelser

Overvej om det får terapeutisk konsekvens!

Klinisk: Palpation, stetoskopi, gennemgå medicinlisten

Røntgen: oversigt over abdomen, tarmpassage, colonindhædning, CT-scanning

Evt. endoskopi

## Obstipation

Gennemgå medicinlisten: Opioider, NSAID, anti-kolinergika, antihistaminerge antiemetika, phenotiaziner, tricykliske antidepressiva, 5HT3-antagonister, diuretika (dehydrering, hypokaliæmi)

### Forårsaget af cancer og/eller afkræftelse

Hypercalcæmi, inaktivitet, underernæring, ringe væskeindtagelse, dehydrering (opkastninger, polyuri, feber), svaghed/fatigue, toiletforhold

## Behandling

1. Kirurgisk: Tænk på alder, almentilstand, ernæringstilstand, forventet restlevetid, ascites? palpabel tumor? tidligere strålebehandling? Høj ileus (større mortalitet ved operation)? ét eller flere stop? Hvad ønsker pt. selv?  
Kirurgisk teknik: resektion og reanastomosering, dekompresion, med ileo- eller colostomi, bypass: gastroenteroanastomose, ileotransversostomi etc., løsning af adhæreencer  
Resultater: 12-33% operativ mortalitet, 7-18% udvikler enterokutan fistel, 2,5-11 mdr. median overlevelse efter operationen.
2. Sonde til sug, kombineret med i.v. (eller s.c.) væske, fjerner luft og væske i ventriklen, så opkastningsfrekvensen nedsættes, MEN er ubehagelig i længere tid (hospitalsindlæggelse, mekaniske gener, tilstopning, forhindrer hoste, kosmetisk, socialt).
3. Gastrostomi, jejunostomi fjerner væske fra ventriklen, kosmetisk mere acceptabelt, pt. kan drikke lidt, MEN der er risiko for lækage og tilstopning, kræver operation.
4. Stents: Anvendelsen af solide eller ekspanderbare ved malign tarmobstruktion beskrives efterhånden ganske hyppigt i litteraturen og kan i visse tilfælde være fuldt så effektivt som fx kolostomi. Stents kan placeres i en solitær obstruktion ikke for fjernt fra tandrække eller anus. Mulige komplikationer: Tarmperforation, tilstopning, lokale smerter, reflux, ekspanderbare stents kan være svære at fjerne igen.
5. Rent symptomatisk behandling  
Seponer motilitetsstimulerende laxantia. Metoklopramid er kontraindiceret ved total obstruktion og relativt kontraindiceret ved koliksmarter.  
Giv morfika parenteralt. Mod kvalme kan haloperidol 0,5-3 mg x 3 s.c./i.v. forsøges. Buscopan 20-120 mg x 3 s.c./i.v. eller glucopyrron (Robinul) 0,24,4 mg x 3 s.c./i.v. kan forsøges ved kolik og kvalme/opkastning.  
Overvej kombinationen af buscopan, haloperidol og morfika. Virker dette ikke, overvej Octreotid (sandostatin) 100-200 mikrogram x 3 s.c./i.v. (hæmmer endokrin sekretion i pancreas, tarm, hypofyse samt exokrin sekretion i lever, ventrikel, pancreas, tarm).  
Målet med medicinsk behandling er at reducere smerte, kvalme og sekretion til tarmlumen og dermed eliminere behovet for nasogastrisk sonde og i.v. hydrering. Medens medicindoseringen titreres, bør der højst gives i.v. væske 50 ml/time. Når nasogastrisk output er mindre end 100 ml/time, afklemmes sonden i 12 timer og kan så fjernes, hvis symptomerne stadig er under kontrol. Herefter må patienten drikke og endda spise, selv om opkastning kan forekomme. I.v. hydrering gives nu kun, hvis patienten er dehydreret trods oral væskeindtagelse og hvis hydrering som livsforlængende foranstaltning er i overensstemmelse med de mål, patienten har sat.

## **Konklusion**

### Operér hvis muligt:

Find den benigne obstruktion

Find den solitære obstruktion

Konservativ behandling op til operationen

### Hvis operation ikke synes mulig:

Overvej medicinsk behandling før sonde

Parenteral ernæring er yderst sjældent indiceret

Sondebehandling bør være kortvarig

## **Referencer**

Mercadante S, Casuccio A, Mangione S: Medical treatment for inoperable malignant bowel obstruction: a qualitative systematic review. J Pain Symptom Manage 2007; 33:217-23.

Baron TH, Rey JF, Spinelli P: Expandable metal stent placement for malignant colorectal obstruction. Endoscopy 2002; 34:823-30.

Afdelingslæge Annette Strömngren, Rigshospitalet  
April 2012