
Elektiv kirurgi ved Crohns sykdom – er ventetiden for lang?

INVITERT KOMMENTAR

VIKAS K. SARNA

v.sarna@hotmail.com

Vikas K. Sarna er ph.d., spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer og overlege ved Gastromedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus.

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

Kirurgi ved Crohns sykdom besluttet i tverrfaglige fora og anbefales utført ved et etablert senter i hver helseregion. Pasientgruppen er sammensatt, og ventetiden til operasjon er lang.

Crohns sykdom er en kronisk granulomatøs betennelse i tarmkanalen. Sykdommen debuterer i alle aldersgrupper, med en topp i tidlig voksen alder, og forekomsten er økende (1). Diagnostikk og oppfølging er primært i regi av gastroenterolog, mens behandlingen er tverrfaglig og involverer kirurg. En betydelig andel av pasientene må på et tidspunkt opereres. Dette gjelder spesielt pasienter med komplisert sykdom, i form av strikturer, fistler eller abscesser (2). De siste to tiårene har vi sett en rivende utvikling innen medikamentell behandling, betegnet som *den biologiske æra*, og behandlingsmålet er flyttet fra kun symptomlindring til også å omfatte tilheling av tarmbetennelsen. I de gjeldende nasjonale legemiddelavtalene for Helse Sør-Øst og Helse Nord står seks forskjellige potente preparater oppført, som gjerne benyttes etter hverandre i forsøk på å oppnå remisjon (3). Samtidig har det vært en utvikling i tarmsparende operasjonsteknikker og en bevegelse mot minimalt invasive operasjonsmetoder (2). Dette har medført en regionalisering av denne typen kirurgi og kvalitetssikring av behandlingen gjennom møter i multidisiplinære team (MDT).

Lisø og medforfattere rapporterer nå i Tidsskriftet fra Universitetssykehuset Nord-Norge, som er et slikt regionalt senter for kirurgi av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (4). Forfatterne har i sitt retrospektive materiale sett på 179 pasienter som ble operert for Crohns sykdom i perioden 2013 til og med 2021. De har observert stor variasjon i type kirurgi og en høy andel alvorlige komplikasjoner, med en forekomst på 28 %. Videre finner de en median ventetid på elektiv operasjon på 89 dager, som de bemerker som lang.

***«Den høye andelen alvorlige komplikasjoner i dette materialet
peker på kompleksiteten hos pasientene i studien»***

Er denne ventetiden på nesten tre måneder altfor lang? Eller, formulert på en annen måte: Er den lange ventetiden et problem? Den høye andelen alvorlige komplikasjoner i dette materialet peker på kompleksiteten hos pasientene i studien. De kan være preget av mange år med inngripende symptomatologi, og de fleste er operert tidligere, med mer eller mindre vellykkede resultater. Det kan være pasienter som vegrer seg for ny operasjon, mens andre pasienter ønsker seg dette, men med urealistiske forventninger til utfallet. Det kan være usikkerhet rundt operasjonsindikasjon på bakgrunn av manglende evidensgrunnlag (2), eller usikkerhet om man faktisk vil oppnå en symptombedring etter kirurgi, da innslag av funksjonelle symptomer heller ikke er uvanlig. Hvis man etter en tverrfaglig vurdering anbefaler operasjon, kan det i noen tilfeller være gunstig for pasienten at tiden brukes som en mental modningsprosess frem mot den planlagte operasjonen. Denne tiden vil også kunne brukes til preoperativ optimalisering av ernæringsstatus hos pasienter med tarmsvikt, og sanering av infeksjoner hos de mer komplekse pasientene (2). Det er derfor viktig med tett oppfølging, slik at disse risikofaktorene styres i riktig retning gjennom hele ventetiden.

***«Mens det for noen elektive pasienter kan være nyttig med lang
ventetid til operasjon, vil andre oppleve dette som en fysisk og
psykisk belastning»***

Mens det for noen elektive pasienter kan være nyttig med lang ventetid til operasjon, vil andre oppleve dette som en fysisk og psykisk belastning, med økt risiko for forverring av både sykdommen og det preoperative utgangspunktet. Inn i dette regnestykket kommer også resultater fra LIR!C-studien (5, 6). Den inkluderte en pasientgruppe med nokså nyoppdaget og ukomplisert Crohns sykdom i terminale ileum, hvor førstelinjebehandlingen som regel er biologisk. Funnene derfra gir evidens for at en ileocøkal reseksjon kan gjennomføres med lav risiko for alvorlige komplikasjoner (5 %), gi minst like god livskvalitet etter ett år og gode femårsresultater sammenliknet med biologisk behandling. Kirurgi fremstår altså her som et godt alternativ, uten at det finnes gode argumenter for å vente lenge på en planlagt kirurgisk behandling hos denne ukompliserte pasientgruppen med Crohns sykdom.

«Min ønsketenkning er at det ikke er tilgangen til ressurser, men summen av pasientrelaterte og medisinske faktorer som ligger bak den lange ventetiden på 89 dager»

Lisø og medarbeidere gjør et viktig arbeid og belyser et potensielt problem, men de svarer ikke på om den lange ventetiden var et ønske fra pasient, behandler eller fra begge parter. For å se nærmere på dette kunne de ha undersøkt trender over tid, f.eks. ventetiden før og etter innføring av pakkeforløpsbestemmelsene, samt vurdert om komplikasjonsraten øker ved lengre ventetid, og om de med komplisert sykdom eller tidligere operasjoner har lengre ventetid enn de med ukomplisert sykdom. Muligens vil størrelsen på materialet begrense hva man kan få ut av subgruppeanalyser, og det retrospektive studiedesignet vil kunne redusere mulighetene for å si noe sikkert om årsakssammenhenger. Min ønsketenkning er at det ikke er tilgangen til ressurser, men summen av pasientrelaterte og medisinske faktorer som ligger bak den lange ventetiden på 89 dager. Hvis det likevel er slik at kirurgi for pasienter med Crohns sykdom nedprioriteres, og spesielt hvis det kan vises at trenden er økende, er dette en bekymringsverdig utvikling som bør belyses nærmere.

REFERENCES

1. Kontola K, Oksanen P, Huhtala H et al. Increasing Incidence of Inflammatory Bowel Disease, with Greatest Change Among the Elderly: A Nationwide Study in Finland, 2000-2020. *J Crohns Colitis* 2023; 17: 706–11. [PubMed]
2. Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis* 2024; 18: 1556–82. [PubMed]
3. Sykehusinnkjøp. <https://www.sykehusinnkjop.no> Lest 20.5.2025.
4. Lisø SE, Hagve M, Dehli T. Kirurgi ved Crohns sykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0025. [CrossRef]
5. Ponsioen CY, de Groof EJ, Eshuis EJ et al. Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 785–92. [PubMed]
6. Arebi N. Surgery versus infliximab for Crohn's disease: should there be a change in clinical practice? *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020; 5: 877–8. [PubMed]

Publisert: 17. juni 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0354
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.