

Generelt om blokking

Av Vemund Paulsen

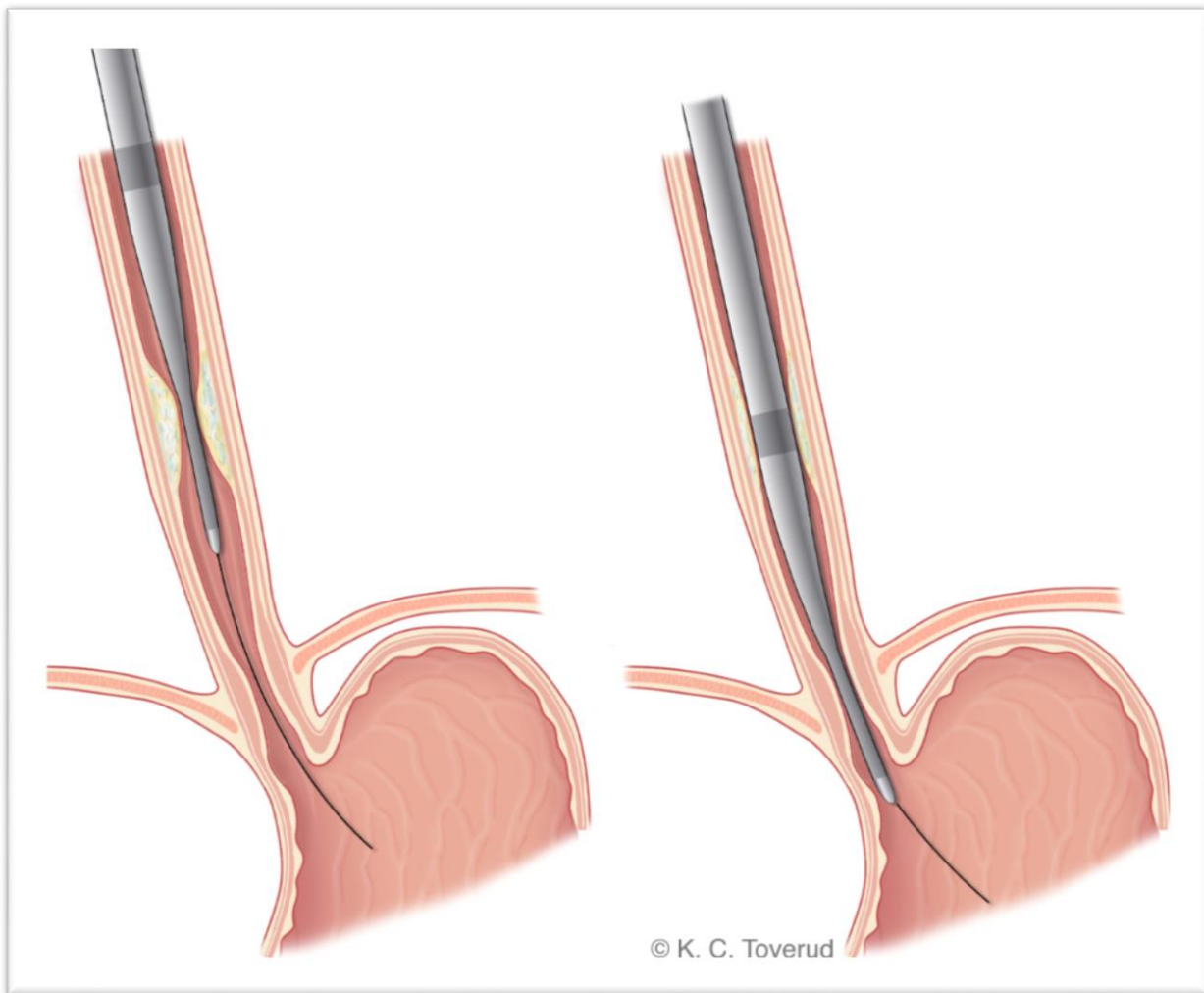
Blokking i spiserøret



Blokking i spiserøret kan utføres med blokkestaver (for eksempel Savary-Gilliard) eller blokkeballong. Metodene anses likeverdige både hva gjelder effekt og risiko for komplikasjoner. Før man blokker er det nødvendig med en god endoskopisk eller radiologisk kartlegging av spiserøret i hele dets lengde. Dersom det er for trangt for et vanlig gastroskop kan man benytte et tynt skop (nasalskop, 5 mm) eller gjøre røntgen av øsofagus.

Figur 1. Savary-Gilliard blokkepinner

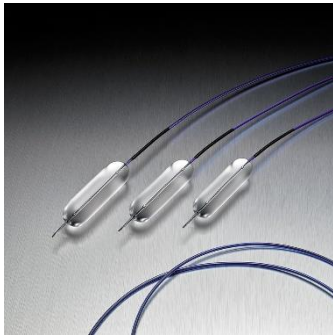
Blokking med staver



Figur 2. Skisse av bruk av blokkepinner gjennom en øsofagusstenose

Blokking med staver utføres ved at det med endoskopisk og eventuelt også radiologisk veiledning legges en wire forbi stenosen ned til ventrikkelen. Blokkestavene føres deretter ned en etter en med økende diameter til ønsket dilatasjon er oppnådd.

Blokkeballonger



De vanligste blokkeballongene kan føres gjennom skopkanalen på gastroskopet. Tuppen av gastroskopet føres ned mot stenosen, og ballongen tres så under visuell kontroll gjennom stenosen. Eventuelt kan det føres en wire gjennom ballongen under gjennomlysning slik at man er helt sikker på at ballongen står i riktig posisjon.

Figur 3. Blokkeballonger

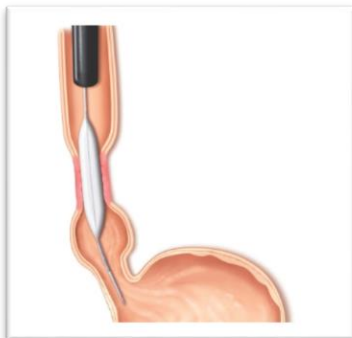
Barometrisk kontroll



Ballongen inflateres deretter med luft eller vann/kontrast under barometrisk kontroll. Noen ballonger har flere blokketrinn, slik at man med en og samme ballong kan velge forskjellige maksimale diametere ved forskjellige trykk.

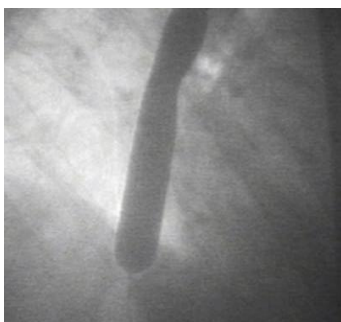
Figur 4. manuell pumpe med manometer til ballongkatetre

Blokkeballong



Figur 5. Skisse av blokkeballong i øsofagus

Røntgen

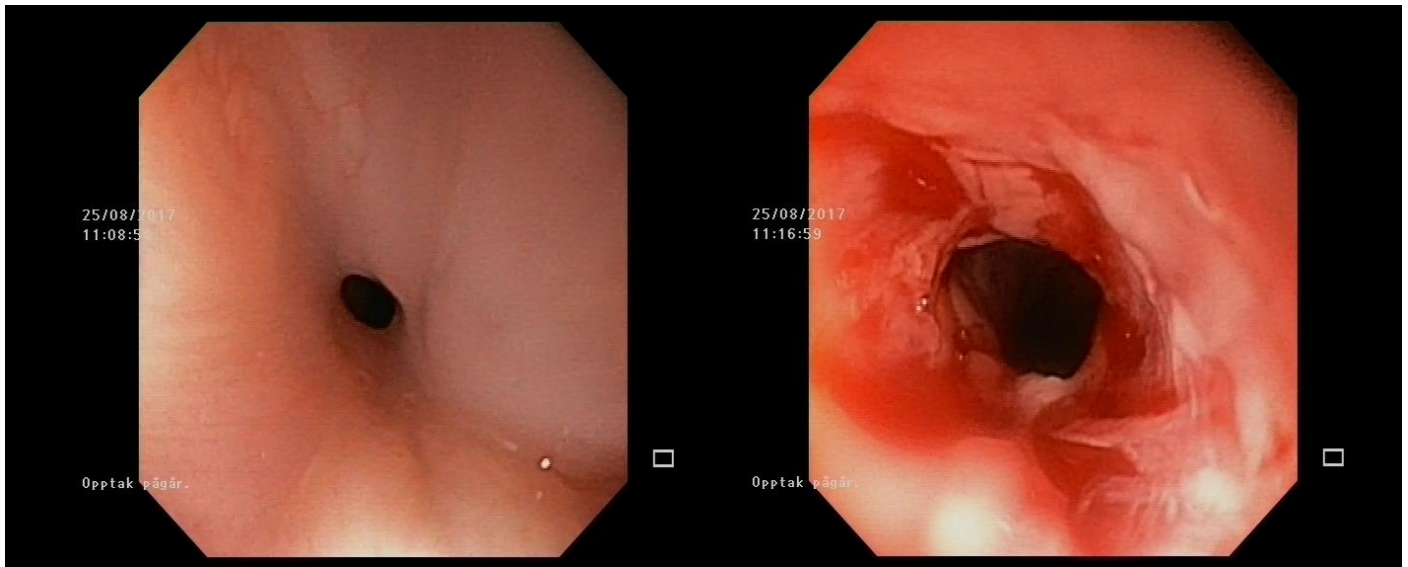


Ved å røntgengjennomlyse pasienten under ballongdilasjonen har man god kontroll på at ballongen står i riktig nivå når den blåses opp. Dersom ballongen plasseres for høyt eller for lavt i forhold til strikturen vil den gjerne gli opp eller ned. Man får ved gjennomlysning også inntrykk av om stenosen går ut til ønsket diameter eller ikke.

Figur 6. Blokkeballong under gjennomlysning, legg merke til impresjonen i ballongen gjennom strikturen

Etter blokkingen

Etter blokkingen er det nyttig å endoskopere spiserøret på nytt for å vurdere blokkeeffekten og for å avdekke eventuelle komplikasjoner.



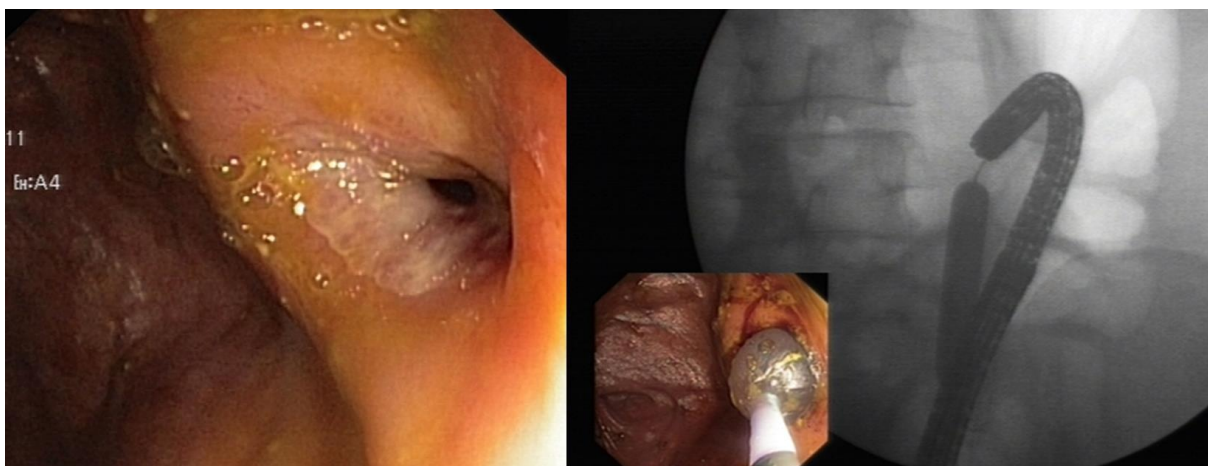
Figur 7. Striktur i øsofagus etter atresioperasjon. Bilde før og etter ballongdilatasjon. Det ses overfladisk rifting og minimal blødning, men ingen tegn til perforasjon.

Blokking i tynn- og tykktarm?

Blokking av stenoser i andre deler av mage-tarm-kanalen enn spiserøret gjøres ikke så ofte.

Stenoser i duodenum kan oppstå som en komplikasjon til ulcussykdom, ved Crohn-sykdom eller i forbindelse med akutt eller kronisk pankreatitt. I enkelte tilfeller kan ballongdilatasjon være aktuelt.

I tynn- og tykktarmen kan det være aktuelt å blokke postoperative anastomosestrikturer. Ballongdilatasjon av maligne strikturer har ingen varig effekt, og gjøres derfor ikke.



Figur 8. Crohn sykdom, ileocolisk anastomosestriktur, blokking.