

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Rektoskopi i allmennpraksis. Raskt og enkelt

Mange pasienter kommer til oss med uklare magebesvær, mange er redde for kreft, noen er oppblåst og har diffuse smerter eller føler de er sensible for matvarer, andre har forandring i avføringsmønsteret, eller har kronisk variabel avføring, noen har sett friskt blod på avføringen eller har svart avføring og noen har hemoroider som blør mye og mer enn før. Felles for mange av disse er altså at de kommer til oss fordi de er redd for å ha kreft og ønsker undersøkelse på grunn av det.

Det er viktig at de blir undersøkt raskt etter at de har tatt opp sitt tarmproblem med oss, og pass på at de utredes tilstrekkelig én gang, men ikke gang på gang! Hvordan så pasienter med kronisk irritabel tarmsyndrom eller andre mer uklare kroniske fordøyelsesplager skal følges opp, er et annet og mye vanskeligere spørsmål.

Ved spørsmål om tarmsykdom som ikke er utredet, bør vi være raske med å ta HB, SR, hemofec x 3, rektoskopi og evt rekvirere coloskopi/rtg colon og andre blodprøver.

Tarmkreft er den nest hyppigste kreftformen blant både menn og kvinner i Norge, og hvert år oppdages drøyt 3400 nye tilfeller og en tredjedel av disse er i endetarmen.

Hyppig forekomst av alvorlig sykdom og det at rektoskopi er raskt og enkelt å utføre, tilsier lav terskel for å rektoskopere i allmennpraksis. En tredjedel av tarmkrefttilfellene kan oppdages ved denne metoden. Min personlige erfaring er at undersøkelsen tolereres godt av pasientene, kan gjennomføres med enkelt tømningsregime. Det er få jeg må henvise videre til rektoskopi i 2. linjetjenesten. Det betyr at mange kan beroliges, noen må ha flere kompletterende undersøkelser, men ofte kan utredningen stoppe med denne rektoskopien.

Jeg ber pasientene ta klyx en time før undersøkelsen. Det er enkel, vanligvis tilstrekkelig og skånsom tømning.



Jeg har pasienten liggende i gu-leie. Det sies ellers at man kan velge sideleie hvis pasienten er lite mobil. Det har jeg aldri opplevd som hindring da jeg har hydraulisk gu-benk og har vent meg til undersøkelse fra denne posisjon.

Jeg bruker rektoskop med innebygd lyskilde og engangsrektoskop satt på (se bilde). Etter inspeksjon av analåpning og eventuelle ytre hemoroider og rektal eksplorasjon for å vurdere sfinktertonus og slimhinnen i anus starter jeg rektoskoperingen med å be pasienten trykke mot rektoskopets innføringsstav som ved avføring. Jeg har på forhånd smurt rikelig med eksplorasjonskrem på rektoskopet. Vel gjennom sfinkter, tar jeg ut innføringsstaven, lukker luken slik at det blir lufttett ut og pumper luft inn. Inspiserer slimhinne på vei inn og igjen på vei ut. Det er lett å komme til 15 cm, så gjør rektum en knekk, men ofte går det greit til 20 cm, sjelden lengre. Ved uklare funn, små eller større polyp- per, inflammert slimhinne eller svulster må jeg henvise videre. Jeg tar ikke biopsi; for det første fordi det er en liten blødningsfare, for det andre fordi indikasjonen er sjelden og for det tredje fordi jeg ikke har vent meg til det! Slik er rektoskopi en enkel, rask, effektiv, visuell, praktisk prosedyre som kan avsløre noe, utelukke noe og berolige mange.

Karin Frydenberg