

Tummen upp för Danderyds Endoskopimottagning

Bakgrund

Jag arbetar som skoperande sjuksköterska i Karlstad och vi har förmånen att var tre fulltidsskopister på vår mottagning

Vi är två skoperande sjuksköterskor och en skoperande läkare.

Vi har på mottagningen sedan en tid tillbaka planerat för att utöka och utveckla ESD (endoskopisk submucosa resektion) tekniken vid polypektomi hos oss.

Dr Willmarsson har arbetat med ESD tekniken i liten skala under några års tid och han har haft önskemål om att även jag ska lära mig behärska tekniken, då det är en fördel att vara två skopister som kan växla mellan sig på salen. Jag har varit kluven i frågan. Jag vet att tekniken är svår och tidskrävande och man måste vara beredd på komplikationer och kunna hantera dem

När SEGP utlyste utvecklingsstipendium såg jag en möjlighet att kunna åka och se ESD praktiseras i större skala.

Jag sökte.... och jag FICK det!!

Här kommer min reseberättelse

Dag 1

Tidigt iväg med tåg från Karlstad.

Jag ser med förväntan fram emot fyra dagar på Danderyds endoskopimottagning

Under dessa dagar ska flera polypborttagningar med ESD utföras enligt min gode skopistkollega Åsa Gilstring som hjälpt mig att ordna dessa dagar. På Danderyds endoskopimottagning jobbar också skopist Ullrika som jag lärt känna och uppskatta genom återträffarna för skoperande sjuksköterskor. Tanken var att även dr Morteza, Dr Tomasz och två assistenter från Göteborg skulle ha kommit till Danderyd för att träffa den japanska ESD gurun Dr Yohei innan hans återresa till Japan.

Tyvärr hade Dr Yohei förhinder på måndagen och därför uteblev även Göteborgsteamet.

Synd! Det hade varit en extra bonus att få träffa även dessa framstående ESD fantaster

Patientfall 1. Dr Richard Marsk är i full färd med att ta sig an en exofytisk semiskaftad polyp i sigmoideum med ESD. Jag kommer in precis när det blir en ordentlig blödning i såret. Efter en del patientvändningar, adrenalin och en lugn och fokuserad skopist lugnar blödningen ned sig och ESD kan slutföras enligt plan. Ett clips sätts avslutningsvis. Under undersökningen fick patienten ett rus med midazolam och rapifen.

Patienten läggs in på avdelning över natten. (Blodvärdet var 132 nästa dag och patienten mådde väl och fick gå hem).

Nästa patient har en ca 15x15 mm flack polyp i sigm. Man hade vid tidigare skopi höjt polypen men då tyckt att den var något för stor och att den möjligen kunde bita i mitten. Patient hade därför vidareremitterats till Danderyd för polypektomi.

Dr Marsk höjer upp polypen med indigofärgad glycerol. Får bra upphöjning. Börjar metodiskt skala med dualknife. Han måste sista biten jobba i nästan 90 graders vinkel mot tarmväggen vilket gör det väldigt lätt att komma för djupt mot muskellagret. Han får därför jobba försiktigt och upprepa upphöjningen av polypen några gånger för att säkra avståndet mot muskellagret. Även denna polyp kommer ut i ett stycke och korkas upp. Clips sätts på tagstället och patienten återvänder hemåt efter en timmes vila

Dag två

Mjukstart med två relativt små polyper i caecum (8x15 mm) De snaras på traditionellt sätt i one block efter att först ha höjts upp med några milliliter upphöjningsvätska.

Fall nummer två är klurigare. En stor polyp i transversum på en patient med lång och slingrig sigmoideum. Här märker man värdet av att vara två skopister som kan lösa av varandra när undersökningen drar ut på tiden och proceduren är besvärlig. Här jobbar Dr Yohei och dr Marsk växelvis. Det blir stundtals en del blödningar och dessutom en perforation. Perforationen clipsas och man fortsätter lugnt jobba vidare. Polypen mäter 90x 65 mm och kommer ut i ett stycke. Imponerande arbete. Patienten fick Midazolam och Rapifen men var något besvärad av den långa undersökningstiden som blev 4,5 timmar. Inledningsvis använde man ett kort terapiskop som är endast något grövre än ett gastroskop, efter drygt halva tiden övergick de till ett kort pediatrikt koloskop eftersom risken att instrumentet loopar sig ökar när undersökningen börjar dra ut på tiden.

Fall tre var en polyp som kröp ned i en divertikel. Där lyckades man höja upp polypen så pass mycket att den kröp upp ur fickan. Därefter lirkade man in tippet på snaran i fickan och lade sen öglan om polypen. Lite frisering med tång var allt som behövdes inne i fickan

Dag tre

Ett intressant fall med en nästan cirkumferent polyp i rektum som gick ända ned till linea dentata. Dr Marsk och dr Yohei varvar skoperandet mellan sig. Här hade man kallat in narkoshjälp första timmen för att kunna lokalbedöva och skära radikalt nedåt utan att det skulle bli smärtsamt för patienten. Detta var också en tidskrävande undersökning och patienten hann bli något ansträngd sista timmen särskilt med tanke på att vi fick vara restriktiva med andra smärtstillande mediciner efter narkosens propofolsedering

Efter lunch skulle en polyp som satt i distala ileum tas bort. En mesenkymal polyp som man misstänkte var ett lipom men var så pass stor så den obstruerade lumen och gav patienten buksmärter. Det sattes en enfoloop och därefter snarades polypen bort. Med hjälp av ett roothnet skulle sen polypen tas utmen det ville inte polypen som i rasande fart for upp i tunntarmen. Envist försökte man jaga efter polypen men när man hade gått upp en halvmeter utan att ha sett skynten av den så gav man upp. Px från tagstället fick räcka

Efter dagens slut höll Dr Yohei en avskedsföreläsning som handlade om vikten av att kunna bedöma slemhinnan. Det bjöds på sallad och glass. Tidigare på dagen hade Yohei blivit avtackad med presenter och tacktal.

Dag fyra

Dagen börjar med ytterligare en polyp i rektum. Patienten önskar ingen sedering.

Dock ges lokalt Carbocain med Adrenalin. Undersökningen går utan bekymmer och patienten verkar oberörd under hela proceduren som tar 2 timmar. Det avlutas med två clips för att minska risken för en senare blödning. Överraskande lite blödning under ESD'n trots att den görs så nära anus. Patienten önskar gå hem så snart som möjligt och han kan lämna mottagningen strax därefter

Nästa patient kommer från ett annat sjukhus: De har sett en polyp täckt med vanlig slemhinna där man i PAD sagt adenom med låggradig dysplasi från platsen. Totalt går man fram och tillbaka till caecum tre gånger och inspekterar mycket noga. Det enda som liknar det som beskrivs i remissen och som stämmer med den nivå som nämns är ileocecalvalveln själv - så vart dysplasin kom ifrån är och förblir en gåta. Tarmen har i varje fall blivit noggrant undersökt ☺

En mycket bra och lärorik vecka där jag fått se allt från stora polyper till obefintliga polyper och besvärligt belägna polyper. Jag har också fått se hur man hanterar stora blödningar och perforationer vilket kan förväntas hända nu och då vid ESD och som man måste lära sig att hantera. Inte minst har jag förstått vikten av tip-kontroll och kunskap kring bedömningen av polyper. **Tummen upp för Danderyds Endoskopimottagning och stort tack till alla jag träffade där** och framför allt till Dr Richard Marsk som hade mig i hämlarna i fyra hela dagar. Tack också SEGP för ni gjorde detta möjligt

