

DEST JOURNAL WATCH



Essay of Expert Insights into the Latest Researches

台灣消化系內視鏡醫學會 論文分享導讀



Sharing from Expert Insights for the Week of 20240325

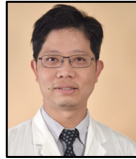
Journal Watch Editorial Board



鍾承軒 醫師
亞東紀念醫院



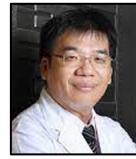
李柏賢 醫師
林口長庚紀念
醫院



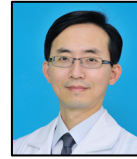
章振旺 醫師
馬偕紀念醫院



李熹昌 醫師
臺北市立聯合
醫院
仁愛院區



周仁偉 醫師
中國醫藥大學
附設醫院



黃天祐 醫師
三軍總醫院



戴維震 醫師
高雄長庚紀念
醫院

Topic: Top-down Versus Step-up Strategies to Prevent Postoperative Recurrence in Crohn's Disease

李熹昌醫師評論 Anthony Buisson, MD, PhD, et al. Inflammatory Bowel Diseases. 2023 Feb 1;29(2):185-194. DOI: 10.1093/ibd/izac065

摘要:

這是一項大型回顧性研究，從法國 Clermont-Ferrand 醫院資料庫納入 2014-2021 年期間接受腸切除手術的 CD 患者。Top-down 治療定義為：術後第一個月內開始使用生物製劑；step-up 治療定義為：術後 6 個月時進行大腸鏡檢查，如果 Rutgeerts 評分 $\geq 2a$ (內視鏡復發) 則治療升級。研究共納入 115 例接受腸切除手術的 CD 患者，在術後 6 個月時 top-down 治療患者的內視鏡術後復發較低 (46.8% vs 65.9%, $P=0.042$)，內視鏡完全緩解率 (Rutgeerts 評分 = i0) 較高 (45.3% vs 19.3%; $P=0.004$)。但未觀察到兩組患者在術後臨床復發 ($HR=0.86$ [0.44-1.66], $P=0.66$) 和腸道損傷進展 ($HR=0.81$ [0.63-1.06], $P=0.12$) 有任何顯著差異。進一步分析顯示，CD 術後 6 個月內視鏡復發的患者，後續臨床復發風險顯著增加 ($HR=1.97$ [1.07-3.64], $P=0.029$)，腸道損傷進展風險顯著增加 ($HR=3.33$ [1.23-9.02], $P=0.018$)。在 CD 術後 6 個月時未發生內視鏡復發的亞群組患者中，top-down 治療組的術後臨床復發和腸道損傷進展的風險顯著降低 ($HR=0.59$ [0.37-0.94], $P=0.025$; $HR=0.73$ [0.63-0.83], $P<0.001$)。

評論:

在生物製劑治療時代，如何降低 CD 患者術後復發的風險仍是臨床上面臨的困難問題。比較不同治療策略預防 CD 術後復發的差異，可以提供臨床醫師更多的參考依據。1990 年 Rutgeerts 等人發表了 CD 術後復發自然史的研究報告，直接推動了 Rutgeerts 評估在臨床上的使用，CD 術後 6 個月早期內視鏡復發是 CD 術後管理的關鍵點。本研究優先考慮 CD 術後早期使用生物製劑 top-down 治療策略，主要有以下幾點考量。首先，CD 術後 top-down 治療組的術後 6 個月內視鏡復發率較低。其次，在 CD 術後第一個月內接受生物製劑治療的患者，長期不良風險甚至低於術後 6 個月沒有內視鏡術後復發的亞群組患者。這項發現至關重要，因為這是支持 CD 術後 top-down 治療的有力證據。第三，這項研究也發現，在 CD 術後內視鏡復發後再 step-up 生物製劑療法進行挽救治療，不如預防性使用生物製劑有效。因此本研究建議在大多數腸切除術後 CD 患者中，應首選 top-down 策略而不是內視鏡復發後再升級的 step-up 策略，以降低術後內視鏡復發、臨床復發和腸道損傷進展。

文章連結

Topic: Endoscopic Evaluation at 1 Month After Ileocolic Resection for Crohn's Disease Predicts Future Postoperative Recurrence and Is Safe

李熹昌醫師評論 Guo, Zhen MD., PhD. et al. Diseases of the Colon & Rectum 65(3): p382-389, March 2022. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002012

摘要:

這是一項單中心前瞻性觀察性研究，旨在確定 CD 術後 1 個月內視鏡評估的特徵、臨床價值和安全性。研究納入 2016 年 1 月至 2018 年 11 月期間在南京大學醫學院附屬金陵醫院接受迴結腸切除手術的 CD 患者，在術後 4-5 週進行接受第一次迴腸結腸鏡檢查。主要評估術後 12 個月內的 CD 復發，進行單因子和多因子分析以確定術後復發的危險因子。研究共納入 84 位接受迴結腸切除手術的 CD 患者，術後 4-5 週時進行迴腸大腸鏡檢查均未發生內視鏡併發症。

採用 modified Rutgeerts 評分確定內視鏡檢查結果:

i0: 37 例 (44.0%); i1: 4 例 (4.8%); i2a: 29 例 (34.5%); i2b: 11 例 (13.1%); i3: 0 例; i4: 3 例 (3.6%)

術後 4-5 週內視鏡 modified Rutgeerts 評分 \geq i2a，與術後復發有顯著相關

(OR=3.17, CI: 1.22-8.27, p=0.018)。這項前瞻性觀察性研究顯示，克隆氏症術後 1 個月進行內視鏡檢查評估是安全的。

評論:

術後克隆氏症的追蹤管理有兩種策略：術後立即預防性治療，或等發生內視鏡復發時再調整治療。目前的觀點普遍認為，CD 術後內視鏡復發早於臨床復發，根據內視鏡檢查結果來調整治療方案可以改善 CD 的長期預後，而且基於內視鏡調整治療的策略更具成本效益。因此 CD 患者應儘早進行術後內視鏡評估。在臨床實務中，部分患者在術後 6 個月內視鏡檢查時已經出現臨床復發，對這些患者來

說術後 6 個月內視鏡評估過晚，導致延遲發現術後復發和調整治療的時機。這項研究證實，在手術後 4-5 週進行迴腸大腸鏡檢查是安全的，內視鏡檢查沒有損害吻合口，也沒有增加內視鏡併發症的風險。這顯示 CD 患者最快可在手術後 1 個月進行首次內視鏡評估觀察吻合口和迴腸新末端(neoterminal ileum)的內視鏡表現。51.2% 患者 modified Rutgeerts 評分 \geq i2a，這項研究也證實 modified Rutgeerts 評分 \geq i2a 與術後復發有關，說明了近一半的 CD 患者在術後一個月，已經處於未來疾病復發的風險狀態。根據這項研究結果，建議對於 CD 術後高復發風險的患者，最快可在術後一個月進行首次術後內視鏡評估，以調整治療方案來預防復發。

文章連結

評論醫師：



李熹昌 醫師
臺北市立聯合醫院 仁愛院區
email : DAB73@tpech.gov.tw

SPONSOR :



元佑實業
YUAN YU INDUSTRY CO., LTD.

OLYMPUS EVIS X1

Topic: Re-intervention rates and symptom-free survival at 1 year after endoscopic versus surgical management of strictures in Crohn's disease: A propensity-matched analysis of a prospective inflammatory bowel disease cohort

章振旺醫師評論 Partha Pal, et al. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2024 Feb; 39(2):353-359. doi: 10.1111/jgh.16384.

摘要:

對於 Crohn's disease (CD) 相關的狹窄接受外科切除是確定有效，但仍有復發和短腸症的風險，然而內視鏡治療 (endotherapy) 的持久性仍有存疑，本研究以前瞻性方法，使用病例匹配方法把內視鏡治療與手術治療相比較。在本研究中，對於原發性 CD 狹窄的病患，如有症狀、內視鏡無法穿越狹窄處、長度小於 5 公分且狹窄數目 ≤ 3 ，只要有接受內視鏡治療或外科切除的患者便會收案。

本研究共有 59 名患者收案進行了 ≥ 12 個月的追蹤，其中 49% 為內視鏡治療組，57.6% 為男性，中位數為 34 歲。在配對之前，內視鏡治療組的累積再介入率顯著較高 (34.5% vs 3.3%, $P=0.002$)。然而對於症狀再復發 (34.5% vs 26.7%, $P=0.42$)、治療藥物升級 (27.5% vs 23.3%, $P=0.64$) 和再次手術 (7.4% vs 3.1%, $P=0.55$) 兩組無統計差異。在針對病患疾病和狹窄特徵進行調整的匹配分析中 ($n=42$ ，每組 21 人，62% 男性，中位數 32 歲)，內視鏡治療組中再介入率的累積機率仍然較高 (28.6% 與 4.8%, $P=0.042$)。對於症狀再復發 (33.3% vs 33.3%, $P=0.93$)、治療藥物升級 (23.8% vs 28.6%, $P=0.75$) 和再次手術 (9.5% vs 4.8%, $P=0.57$) 的累積機率則相似。

本研究發現對於治療 CD 狹窄，與內視鏡治療相比，外科切除可以避免再次手術；然而 1 年無症狀生存期相當。

評論:

對於 CD 相關的狹窄，目前仍是 IBD 治療困境之一，在 LIRIC trial (Lancet Gastroenterol Hepatol.2020;5(10):900-907) 中我們了解到，對於小於 40 公分 ileocaecal CD 的侷限狹窄，laparoscopic ileocaecal resection 的預後與經濟效應都較藥物治療好。在台灣過去多中心研究 (J Formos Med Assoc 2020;119(10):1500-1505) 發現以內視鏡氣球擴張治療成功率有 83.3% 但在追蹤期仍有 26.9% 需外科介入治療。

在本研究中，外科切除雖然有較少的再介入率，但其他預後與內視鏡組相當；因此，如果病患與醫師不排斥反覆內視鏡治療，或病患不想接受外科手術；內視鏡治療是可接受的，在一年內，與外科手術的預後是相當的。

文章連結

Topic: Bedside Intestinal Ultrasound Performed in an Inflammatory Bowel Disease Urgent Assessment Clinic Improves Clinical Decision-Making and Resource Utilization

章振旺醫師評論 Joëlle St-Pierre, et al. Crohns Colitis 360.2023 Sep 21;5(4):otad050. doi:10.1093/crocol/otad050.

摘要:

本研究是評估腸道超音波 (IUS) 在診所對於發炎性腸道疾病 (IBD) 患者的應用，在新冠肺炎大流行期間進行這項前瞻性、多中心、國際觀察性研究，對於單獨使

用 IUS 或結合診所內的乙狀結腸鏡檢查對患者進行評估。

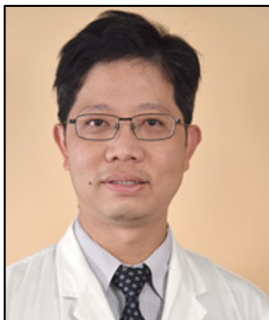
在納入的 158 名患者中，大多數患者(78%)為克隆氏症，47%的克隆氏症患者正在接受生物製劑治療。IUS 發現 65%的患者有活動性炎症，14%的有狹窄。糞便鈣衛蛋白數值與 IUS 上檢測到的發炎有相關($p=0.027$)。在大多數患者中，IUS 的臨床評估改變 IBD 藥物的治療(57%)並避免或延遲了緊急內視鏡檢查的需要(85%)。其中四名患者因 IUS 評估後接受轉診進行緊急外科會診。在本研究中，對於 IBD 患者在突發變化時，IUS 是一種即時有效的策略，可改善 IBD 的有效管理決策，在許多情況下避免了對內視鏡檢查的迫切需求。

評論：

在台灣，大部分患者使用症狀與內視鏡評估 IBD 患者之嚴重度，這項研究發現，IUS 對疾病嚴重度評估與糞便鈣衛蛋白數值相當，是一個很好的非介入性評估工具，但因為 IUS 是一項 operator-dependent 的檢查，目前在台灣仍需更多教育與評估才能進行臨床使用

文章連結

評論醫師：



章振旺 醫師

馬偕紀念醫院

email : mky378@yahoo.com.tw

Copyright © The Digestive Endoscopy Society of Taiwan (DEST)

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 21 樓之 18

Tel: 886-2-23710790 or 886-2-2371-0730



邱正堂 理事長