



Brokkirurgien ut av skyggen?

REDAKSJONELT

BUANES T

Resultatene av den brokkirurgi som utføres i Norge, vet vi lite om, fordi gode forskningsprosjekter har glimret med sitt fravær i mange år. Endog fortløpende “produktkontroll” er mangelfull ved de fleste norske sykehus, og det er derfor svært prisverdig at materiale fra henholdsvis Lillehammer fylkessykehus (1) og Regionsykehuset i Tromsø (2) blir publisert i dette nummer av Tidsskriftet.

Kvalitetsparametere ved brokkirurgi

Mange faktorer påvirker total kvaliteten. For pasienten har sluttresultatet størst betydning: Er brokket borte for alltid eller oppstår det på ny? Fra land med spesialsykehus for brokkoperasjoner er det publisert store materialer ($n > 10000$) der residivfrekvensen er på promillenivå. Det er grunn til å lese slike tall med skepsis, fordi mange tilbakefall kommer etter lang tid, og fordi det er vanskelig å følge opp alle opererte. I materialet fra Lillehammer fikk man innhentet opplysninger fra bare 83% av pasientene, og 50% av residivene oppstod etter første år (1). Til dette kommer at tilbakefallsfrekvensen har vært høyere blant dem som falt ut enn i resten av materialet. Denne viten stammer fra undersøkelser der det er gjort maksimale anstrengelser for å skaffe opplysninger fra pasienter som i første omgang falt ut av oppfølgingsprogrammet. Det har derfor utviklet seg en meget streng tradisjon for klinisk forskning på dette felt. På møtet i European Association for Endoscopic Surgery (EAES) i Trondheim i juni 1996 ble flere større pågående prospektive randomiserte brokkstudier gjennomgått. Et felles krav i disse er at kontakten med hver eneste pasient skal opprettholdes til studien er avsluttet (oftest fem år). Hvis dette likevel ikke skulle vise seg mulig, regnes alle som faller ut som residiv. Etter 1-2 års oppfølging har disse undersøkelsene relativt store materialer ($n = 500-1500$) der 100% av pasientene fortsatt er med, og tilbakefallsfrekvenser både for åpne og laparoskopiske teknikker er 2-3%. Tallene etter fem år vil nødvendigvis bli noe høyere.

Forhold som knytter seg til det umiddelbare per- og postoperative forløp representerer også viktige kvalitetsparametere: Hvor ofte oppstår komplikasjoner, og hvor alvorlige er de? Hvor mye plager har pasienten etter operasjonen, og når kan arbeid eller full fysisk aktivitet gjenopptas? Hvilke kostnader knytter seg til metoden? De prospektive randomiserte studier som er i gang, vil bidra til å besvare hvordan de mest anvendte brokkoperasjoner kommer ut av en systematisk sammenlikning.

Åpne metoder

Lillehammer-materialet (1) omfatter flere åpne metoder som alle er vanlige i Norge. Resultatene tyder på at erfarne operatører har færrest tilbakefall. Dette er ikke noen

overraskende observasjon. De fleste som nå er overleger ved kirurgiske avdelinger, lærte basal kirurgisk teknikk ved å operere brokk og varicer til de var lei begge deler. Veiledningen var sjelden grundig, og slik er det trolig fremdeles. Det ville vært overraskende om vi på landsplan oppnådde optimale resultater med et slikt utgangspunkt. Gjennomsnittlig residivhyppighet for alle norske sykehus er ukjent, men skal man gjette, virker det rimelig å anta at Lillehammer-materialet befinner seg i den gunstige enden av spekteret. Det er grunn til å tro at det er rom for betydelige kvalitetsforbedringer innen vår brokkirurgi. Norsk Kirurgisk Forening har derfor laget egne seminarer om brokkirurgi på sine høstmøter i 1994 og 1995. Vintermøtet i Norsk Thoracolaroskopisk-forum 1996 var viet brokkirurgi, med fokus på preperitoneal laparoskopisk teknikk (TEP).

Laparoskopisk brokkirurgi

Norge kom sent i gang med laparoskopisk teknikk i brokkirurgien. Resultatene fra Tromsø er faktisk de første som publiseres her i landet (2). De første laparoskopiteknikkene var ikke gode nok, og nye laparoskopiske brokkmetoder introduseres stadig (3). Internasjonalt har ikke Norge bidratt forskningsmessig på dette feltet. Ved det omtalte EAES-møtet i Trondheim var Sverige sterkt representert. Flere randomiserte brokkstudier er under gjennomføring i vårt naboland, en av disse er kanskje den best planlagte i verden i øyeblikket. Siden vi ikke har maktet å delta mer aktivt i utviklingen av brokkirurgien her til lands, er vi uvegerlig blitt nødt til å vente på resultatene av andres arbeid. I Belgia, England, USA og Sverige har man langt på vei forlatt den transperitoneale laparoskopiteknikken (TAPP), unntatt når det gjelder pasienter som har residiv etter tidligere laparoskopiske preperitoneale nett. Den transperitoneale laparoskopiteknikken, som er brukt i Tromsø-materialet, ser altså ikke ut til å bli noen rutinemetode, slik også konklusjonen fra Tromsø er. Trolig vil det likevel være nødvendig for avdelinger som ønsker å beherske laparoskopisk brokkirurgi, å ha både transperitoneal (TAPP) og preperitoneal (TEP) teknikk på "repertoaret". Primærbrokk og residiv etter åpen kirurgi vil trolig i økende grad bli operert fullstendig preperitonealt med laparoskopisk teknikk (TEP) i fremtiden.

Hvilken metode er best i øyeblikket?

Det foreligger en nesten uoverkommelig litteratur om dette emnet, mer enn 2000 publikasjoner er registrert i Medline bare i 1995 og 1996. Mange serier er store og angir ypperlige residiv- og komplikasjonsrater, men antall pasienter som har falt ut er høyt, og spesialklinikker som bare utfører brokkirurgi kan ikke sammenliknes med norske sykehus uten videre. Både laparoskopiske (4) og åpne (5) teknikker omtales svært positivt i store prospektive serier der det ikke gjøres noen sammenlikning mellom ulike metoder. I randomiserte studier, som sammenlikner åpen og laparoskopisk teknikk (6, 7), synes kostnadene ved inngrepet å være klart høyere for laparoskopiske teknikker, mens postoperativ smerte er lik eller mindre. Trolig gjelder derfor prinsippet "Whatever you do well is good". Når vi i Norge har for høye residivrater, er nok forklaringen den at vi utfører inngrepene suboptimalt, mer enn at vi bruker uheldige metoder.

Hva er viktig nå?

Systematisk utdanning av kirurger ble en "mangelvare" da laparoskopiteknikken tok over gallekirurgien. Det blir trolig større plass for åpen teknikk innen brokkirurgien enn innen gallekirurgien også i fremtiden, men et økende antall kirurger vil nok ta i bruk preperitoneale laparoskopiske nett (TEP). I New Zealand er det nylig publisert en oppsiktsvekkende intervjuundersøkelse (8) som viste at bare en tredel av kirurgene som utførte laparoskopisk brokkirurgi hadde assistert en mer erfaren kollega før de selv tok i bruk teknikken. Historien gjentar seg: Vi har levd i den illusjon at man kan lære seg åpen brokkirurgi på egen hånd, hvilket har ført til at vi på landsplan muligens påfører én av fire brokkopererte tilbakefall. Hvis laparoskopisk teknikk praktiseres uten grundig opplæring, vil trolig noen av de alvorligste komplikasjonene (f.eks. skade av kar til underekstremitetene) bringe denne virksomheten i vanry meget raskt. Hvis vi derimot har god opplæring og setter utprøvingen av nye teknikker i system, vil det ligge til rette for at

både laparoskopisk og åpen brokkirurgi kan få en klar kvalitetsheving de nærmeste år. Dette har allerede skjedd i Sverige. La oss støtte alle bidrag til en fagutvikling i denne retning. De to arbeidene som nå publiseres (1, 2), kan bli begynnelsen på en utvikling som vil gi stor praktisk nytteverdi for mange pasienter.

Trond Buanes

LITTERATUR:

1. Schjøth-Iversen L, Line PD, Nilsen B. Residivfrekvens ved hernia inguinalis. Et ti års operasjonsmateriale. TidsskrNor Lægeforen 1996; 116: 2774-5.
 2. Gauperaa T, Rønning G, Vonen B, Kjæve J. Laparoskopisk brokkoperasjon. En brukbar metode i kirurgisk behandling av lysesbrokk? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2772-3.
 3. Ko ST, Airan M, Frank T, Cuschieri A. Percutaneous endoscopic external ring (PEER) hernioplasty. Surg Endosc 1996;10: 690-3.
 4. Davies NM, Dunn DC, Appelton B, Bevington E. Experience with 300 laparoscopic inguinal hernia repairs with up to 3years follow up. Ann R Coll Surg Engl 1995; 77: 409-12.
 5. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. AnnSurg 1996; 223: 249-52.
 6. Lawrence K, MC Whinnie D, Goodwin A, Doll H, Gordon A, Gray A et al. Randomised controlled trial of laparoscopic versus open repair of inguinal hernia: early results. BMJ 1995; 311: 981-5.
 7. Barkun JS, Wexler MJ, Hinchey DT, Meakins JL. Laparoscopic versus open inguinal herniorrhaphy: preliminary results of a randomised controlled trial. Surgery 1995; 118: 703-9.
 8. Windsor JA, McCay H. Inguinal hernia repair by laparoscopic surgeons: early experience and attitudes. Aust N Z JSurg 1995; 65: 470-4.
-

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no