

Laparoskopiske galleoperasjoner

Galleblærestein er vanlig, men gir symptomer bare hos et mindretall av personer som har dem. Gallesteinsymptomer har et karakteristisk preg. De er ofte assosiert med andre abdominalsymptomer som ikke påvirkes av kolecystektomi. Laparoskopisk kolecystektomi utføres i økende grad dagkirurgisk. Risikoen for alvorlige komplikasjoner er lav. 85–90 % av pasientene blir symptomfrie etter operasjonen.

I Norge opereres ca. 6/10 000 personer årlig med kolecystektomi for gallesteinsykdom. Laparoskopisk teknikk for denne operasjonen ble innført i Norge i 1990 (1), og ble i løpet av få år standardmetode for dette inngrepet.

Gallestein er vanlig. I Bergen fant Glambe og medarbeidere (2) i 1987 en prevalens på 17,7 % hos menn og 21,2 % hos kvinner, økende fra henholdsvis 4,9 % og 6,0 % i aldersgruppen 20–29 år til 37,0 % og 41,3 % i gruppen 60–69 år. Bare en firedel har behandlingstrengende symptomer: smerteanfall, galleblærebetennelse eller komplisert gallesteinsykdom (gallegangssteinsykdom eller gallesteinspankreatitt). Risikoen for senere plager ved asymptomatiske steiner er 1–2 % per år. Risikoen for komplisert gallesteinsykdom er mye mindre. Profylaktisk operasjon for asymptomatiske gallesteiner er ikke indisert.

Symptomer

Klassiske gallesteinsanfall er typiske. Det er distinkte episoder med akutte, sterke smerter i epigastriet eller under høyre ribbeue. Smertene er intense og jevne (ikke kolikkaktige). De utløser ofte bevegestrang, svette, frysninger, kvalme og oppkast. De kan stråle ut i rygg, interskapulært eller opp i skuldrene. Smertene kommer noen få timer etter måltid, typisk på kveld og natt, og varer minimum en halv time, oftest noen timer. Et anfall som varer utover ett døgn er vanligvis uttrykk for galleblærebetennelse, med ledsagende feber, sykdomsfølelse og uttalt lokal ømhet.

Avvik fra dette mønsteret må reise mistanke om annen årsak til smertene. Enkelte pasienter klager over murrende ubehag på galleblærens plass. Dette kan forekomme mellom typiske anfall, og kan da relateres til steinsykdommen. Murring uten anfall har en høyst usikker sammenheng med steinsykdom, med mindre ultralydundersøkelse viser tegn på uttalt kronisk betennelse, med

Erik Trondsen

erik.trondsen@ullevål.no
Gastrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Trondsen E.

Laparoscopic cholecystectomy.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2772–3

Gallbladder stones are common, but most persons with stones are asymptomatic. The symptoms of gallbladder stones are usually characteristic. They are often associated with other types of abdominal symptoms, which are not affected by cholecystectomy. Day surgery laparoscopic cholecystectomy is increasingly popular. The operation may be associated with serious complications, but the risk is low. 85–90 % of patients operated with cholecystectomy are asymptomatic after the operation.

fortykket galleblærevegg eller hydroks i galleblæren.

Mange pasienter har andre typer magebysvær som de ofte forbinder med gallesteinsykdommen. Eksempler er oppblåsthet, spesielt etter måltid, diaré, kvalme og oppkast, samt matintoleranse, spesielt for fett. Statistisk har slike symptomer ingen sammenheng med gallesteinsykdom. De blir ikke bedre ved operasjon og utgjør ingen indikasjon eller tilleggsindikasjon for operasjon.

Behandling

Akutt inngjelse i sykehus ved gallesteinsanfall er sjelden nødvendig, mens det er naturlig å legge inn pasienter med galleblærebetennelse og påkrevd med innleggelse ved tegn på komplisert steinsykdom.

Gallesteinsanfall er i seg selv ikke farlig. Det er pasientenes grad av besvær som avgjør operasjonsindikasjon. Finnes det imidlertid holdepunkter for komplisert steinsykdom (signifikant forhøyede leverprøver (3), icterus, kolangitt eller pankreatitt), skal pasienten utredes og behandles så snart som mulig (4).

Kun én episode med ukomplisert gallesteinsykdom (smerteanfall eller kolecystitt) indiserer vanligvis ikke operasjon. Unntak kan være et anfall som er så kraftig at pasienten insisterer på operasjon eller akutt kolecystitt som ikke responderer på konservativ behandling. Etter én episode er sannsynligheten for residiv uvisst. Noen pasienter erfarer at mindre fettinnhold i kosten reduserer og ev. eliminerer symptomer.

Ved akutt kolecystitt etter tidligere gallesteinsbesvær tilstrebes akutt operasjon i løpet av de første fem til seks dagene etter sykdomsdebut. Alternativt behandles pasienten konservativt, og elektiv operasjon planlegges etter ca. ti uker.

Våre kriterier for å operere pasienter med ukomplisert gallesteinsykdom er derfor følgende: Rimelig stor sannsynlighet for at gallestein er årsak til det aktuelle besværet, gjentatte episoder av en slik karakter at pasientene ønsker behandling og fravær av andre sykdommer av en slik grad at risikoen ved inngrepet blir urimelig stor. Pasientene skal preoperativt være grundig informert om inngrepets art og konsekvenser, også skriftlig.

Preoperativ utredning

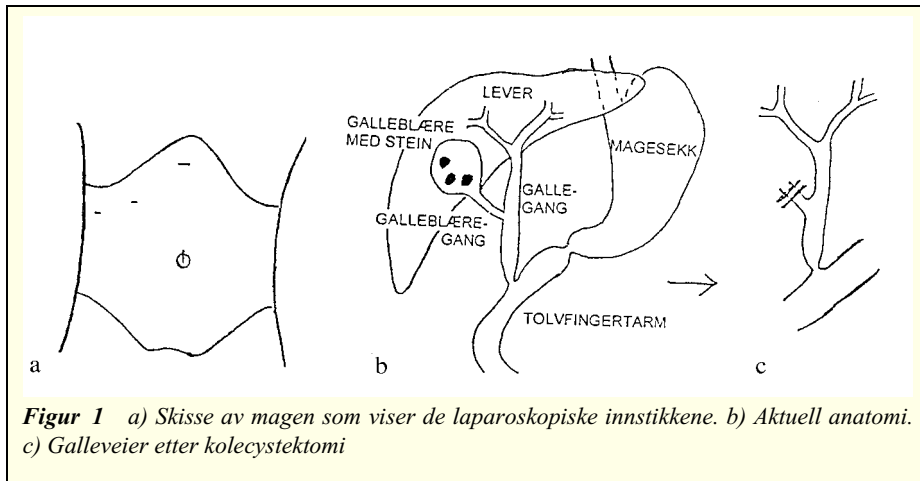
Ultralydundersøkelse er den mest sensitive metoden for påvisning av galleblærestein. Dersom resultatet er negativt til tross for typiske symptomer, bør undersøkelsen gjentas.

Leverfunksjonsprøver (bilirubin, ASAT, ALAT, alkalisk fosfatase, GT, amylase) tas i forbindelse med konsultasjon ved kirurgisk poliklinikk og gjentas få dager før inngrepet for å vurdere sannsynligheten for samtidig gallegangsstein. Ved tilstrekkelig avvik fra normalverdiene (3, 5) henvises pasienten til preoperativ magnettomografi av galleveiene (MRCP) eller endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP). Er undersøkelsene negative, er det naturlig å tro at steinen har avgått spontant. Pasienten bør da opereres snarest, i løpet av en uke, før ny steinmigrasjon (4).

Inngrep

Operasjonen foregår ved laparoskopisk teknikk (fig 1) i full narkose. Det er blitt stadig vanligere å utføre elektiv laparoskopisk kolecystektomi dagkirurgisk (6, 7). Anestesi baseres på stoffer med kort halveringstid. Mest benyttet er intravenøs infusjon av propofol og kortvirkende opiat (6, 7). Erfaringsmessig kan 95 % av pasientene der det er planlagt dagkirurgisk behandling, reise hjem som avtalt. Reinnleggelsesfrekvensen er mindre enn 5 % (6). I sjeldne tilfeller (1 % eller mindre) må operasjonen konverteres til åpen, noe hyppigere ved operasjon for akutt kolecystitt.

Postoperative smerter er vanlig, og pasientene kan ha nytte av en kombinasjon av paracetamol og kodein, supplert med et ikke-steroid antiinflammatorisk medikament. Sykmelding en uke er nok for mange, noen trenger mindre, andre inntil to uker. Noen har smerter i skuldrene i to til tre dager



Figur 1 a) Skisse av magen som viser de laparoskopiske innstikkene. b) Aktuell anatomi. c) Galleveier etter kolecystektomi

på grunn av gjenværende gass under diafragma.

Komplikasjoner

Den viktigste risikoen ved operasjonen er gallegangsskade. Dette forekommer hos 0,6–0,8%. For å unngå dette startes disseksjonen et lite stykke opp på galleblæren. Infundibulum mobiliseres for å gi et bedre lateralt drag på galleblæregangen og dermed økt avstand til gallegangene. Dermed skrelles serosa ned over galleblæregang og galleblærearterie. Ingen strukturer deles før hele det anatomiske bildet er fullt klarlagt. Oppstår det gallegangsskade, er det vesentlig at dette erkjennes peroperativt. Kompetansesenter må kontaktes umiddelbart for råd om videre håndtering av skaden. Peroperativt kolangiografi kan i noen tilfeller være nyttig for å bekrefte en anatomisk forståelse eller avsløre skade. Risikoen for signifikant per- eller postoperativ blødning er liten, ca. 2% (7).

Alvorlige komplikasjoner postoperativt forekommer hos ca. 1% av pasientene, og er oftest forbundet med gjenværende stein i gallegangen. Sannsynligheten for reststein er under 2% ved normale leverfunksjonsprøver før operasjonen (3). I tvilstilfeller utføres det ofte peroperativt kolangiografi. Finner man steiner, kan disse fjernes laparoskopisk eller ved endoskopiske metoder postoperativt. En mulig følge av reststein er økt trykk i gangsystemet. Da kan klipsene på galleblæregangen løsne, og galle lekker ut i peritonealhulen. Ved mistanke om dette er omgående reinnleggelse påkrevd. Behandlingen består vanligvis av perkutane og endoskopiske drenasjemetoder.

Sårbetennelser eller siving fra sårene forekommer i opptil 6–7% av tilfellene (7).

Forløp

85–90% av pasientene blir bra etter operasjonen (8). Noen vil ha uendrede symptomer som uttrykk for at gallesteinene ikke var årsaken til de aktuelle smertene. Andre vil være mindre fornøyd fordi de ikke-gallesteinsrelaterte symptomene de hadde, ikke er borte. Noen pasienter vil erfare at de får

diaré og magesmerter ved for stort fettinntak, og noen få vil ha et vedvarende diaréproblem, noe som i så fall bør utredes etter vanlige retningslinjer for diaréutredning.

Rutinemessig kontroll ansees å være unødvendig forutsatt tilstrekkelig preoperativ informasjon.

Konklusjon

Galleblæresteinssymptomer har et helt karakteristisk preg og forventes med nær 100% sannsynlighet å bli eliminert ved operasjon. Symptomene kan imidlertid i noen tilfeller være vanskelige å skille fra symptomer med annen årsak, slik at ca. 10% av dem som opereres, fortsatt har plager etter operasjonen. Ved avvik fra det klassiske symptom bildet bør utredning av annen årsak til smerter vurderes.

Litteratur

1. Nilsen BH, Jacobsen T. Laparoskopisk kolecystektomi. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 456–7.
2. Glambek I, Kvaale G, Arnsjö B, Søreide O. Prevalence of gallstones in a Norwegian population. Scand J Gastroenterol 1989; 24: 277–81.
3. Trondsen E, Edwin B, Reiertsen O, Færden A, Fagertun H, Rosseland AR. Prediction of common bile duct stones (CBDS) prior to cholecystectomy. Arch Surg 1998; 133: 162–6.
4. Trondsen E. Akutt gallesteinspankreatitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 686.
5. Hauer-Jensen M, Kåresen R, Nygaard K, Solheim K, Amlie E, Havig Ø et al. Predictive ability of choledocholithiasis indicators. A prospective evaluation. Ann Surg 1985; 202: 64–8.
6. Mjåland O, Ræder J, Aasbø V, Trondsen E, Buanes T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997; 84: 958–61.
7. Trondsen E, Stordahl A, Frøberg LG, Kylebäck A, Rzadkowski H, Nazir M et al. Etablering av rutiner for elektiv laparoskopisk kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1333–5.
8. Mjåland O, Høgevold HE, Buanes T. Standard preoperative assessment can improve outcome after cholecystectomy. Eur J Surg 2000; 166: 129–35.

○