

Akutt gallesteinspankreatitt

Akutt gallesteinspankreatitt er den mest alvorlige komplikasjonen til gallesteinssykdom, med en mortalitetsrisiko på 10–15 % (1). Forløpet av betennelsen er i mange tilfeller udramatisk, men ca. 20 % av anfallene er alvorlige, og disse representerer 95 % av dødsfallene (1). Flere anfall hos samme pasient kan arte seg ulikt, idet et alvorlig, ev. fatalt, kan følge et lett. Dersom residiv ikke forebygges, er sannsynligheten for nye anfall 30–63 % (2–4). Residivet kan komme allerede etter få uker (2, 3). Nye anfall etter gallesteinssanering er sjeldent, følgelig skal alle pasienter med gallesteinspankreatitt ha en form for gallesteinssanerende prosedyre før de skrives ut fra sykehus.

Bjerkset og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet (5) et materiale av pasienter med gallesteinspankreatitt der dette poenget fremkommer tydelig. En periode med tidlig gallesteinssanering sammenliknes med en periode der slik behandling ble planlagt ved en senere innleggelse (intervallbehandling). 21 av 78 pasienter i den siste gruppen fikk residiv av pankreatitt i ventetiden, og to av dem døde. Residiv beskrives ikke hos noen pasienter fra første periode.

Tidlig gallesteinssanering ved gallesteinspankreatitt er anbefalt gjennom mange tiår, men den praktiske tilnærmingen har variert. Studier fra 1960–70-årene viste at tidlig kirurgi reduserte mortalitet og morbiditet (4, 6). Mens Acosta og medarbeidere (6) viste nytte av operasjon i løpet av de første timer etter sykdomsdebut, fant Kelly (4) høyere mortalitet blant pasienter operert i løpet av 72 timer (12 %) sammenliknet med pasienter som ble operert under samme opphold, men når betennelsen hadde falt til ro (0 %). 86 % av pasientene i den siste gruppen kvitterte gallesteiner i avføringen. Ved operasjon fantes innkilt stein i papillen hos 63 % i første gruppe og hos 5 % i siste gruppe. Akutt kirurgi ble derfor reservert for pasienter som ikke ble bedre i løpet av de første få døgnene. I en tredje gruppe som ble skrevet ut for senere elektiv gallesteinssanering, var residivfrekvensen i ventetiden 38 %, og mortaliteten i denne gruppen var samlet 7 %. Senere elektiv operasjon ble derfor frarådet. Selv om metoder for gallesteinsbehandling har endret seg de siste 20 årene, er prinsippene nedfelt i dette arbeidet fortsatt rådende (1, 7).

Endoskopisk gallegangssteinsbehandling kom i bruk fra midten av 1970-årene, og nytten ved gallesteinspankreatitt ble dokumentert av bl.a. Rosseland & Solhaug (8). Komplikasjoner og mortalitet ved endoskopisk behandling er lavere enn ved operasjon

(2). Hvilken plass denne behandlingen skal ha i forhold til kirurgisk sanering av gallestein ved pankreatitt, er imidlertid stadig gjenstand for diskusjon. Noen benytter rutinemessig endoskopisk retrograd kolangio-pankreatikografi (ERCP) i løpet av de første tre døgn etter symptomdebut og gjør papillotomi hos alle med gallegangsstein (2). Andre reserverer ERCP for pasienter med klare tegn på gallegangsobstruksjon som icterus, kolangitt eller leverprøveutfall som indiserer innkiling av gallegangsstein i papillen (9). Begrunnelsen for slik differensiering er at et flertall av steinene som gir pankreatitt, avgår spontant. Videre er det uklart om en stein som har initiert en pankreatitt, bidrar til å forverre eller holde betennelsen ved like ved sitt vedvarende nærvær i gangen uten innkiling. Randomiserte studier synes å vise gunstig effekt av tidlig ERCP generelt sett (2), med ett unntak (9), mens det er generell enighet om nytten ved icterus og kolangitt hos pankreatittpasienter.

Pasienter med gallesteinspankreatitt der ERCP ikke viser stein og det ikke gjøres papillotomi, skal opereres med kolecystektomi, fortrinnsvis med peroperativ kolangio-grafi. Dette er det ingen uenighet om. Men om pasienter som er behandlet med papillotomi, rutinemessig skal opereres, er omdiskutert. Den vanligste holdning i vårt land er at papillotomi er endelig behandling, og at risikoen for residiv av gallesteinspankreatitt er meget liten hos slike pasienter, såfremt papillotomien er komplett. I andre land unnlates kolecystektomi bare hos pasienter som ikke egner seg for kirurgi medisinsk sett.

En ytterligere endoskopisk tilnærming er profylaktisk papillotomi hos pasienter med gallesteinspankreatitt som ikke har stein i gangen på undersøkelsestidspunktet. Dette er også omdiskutert. Dels er man usikker på om dette beskytter tilstrekkelig mot residiv, dels er ERCP forbundet med risiko og dels finnes rapporter om negative senvirkninger av papillotomi. Et større materiale fra Haukeland Sykehus (3) viser imidlertid at residivfrekvensen etter papillotomi ved gallesteinspankreatitt, terapeutisk og profylaktisk, er 1 %, og at halvparten av pasientene heller ikke får andre symptomer fra sine galleblæresteiner over en observasjonstid på tre år.

Bjerkset og medarbeidere (5) endret behandlingsstrategi ved innføring av laparoskopisk kolecystektomi. Deres egen og andres erfaring (10) tilsier imidlertid at laparoskopisk operasjon i tilslutning til en pankreatittepisode ikke er vesentlig vanskeligere enn ellers.

Nyere diagnostiske metoder (magnetotomografi (MR) og endoskopisk ultralyd

(EUL)) kan forenkle deler av diskusjonen om hvilken metode som skal velges for diagnostikk av gallegangsstein og gallesteinsanering. Dette er ufarlige prosedyrer med høy sensitivitet og spesifisitet for gallegangsstein. Pasienter med stasemønster i leverprøver der disse normaliseres raskt, kan undersøkes med MR eller EUL. Hos dem uten stein kan laparoskopisk kolecystektomi med peroperativ kolangio-grafi gjøres når betennelsen er falt til ro. Ved positiv kolangio-grafi gjøres postoperativ ERCP. Finnes imidlertid stein ved MR eller EUL, utføres ERCP med papillotomi. Pasienter med kolangitt, icterus eller andre klare tegn på gallegangsstein undersøkes omgående med ERCP. Pasienter med nekrotiserende pankreatitt som trenger operasjon, skal kolecystektomeres ved samme prosedyre.

Erik Trondsen

Gastrokirurgisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Erik Trondsen (f. 1947) er spesialist i gastroenterologisk kirurgi og har gjort doktorgradsarbeid på bl.a. laparoskopiske kolecystektomier.

Litteratur

1. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 1998; 42 (suppl 2): S1–13.
2. Raraty MGT, Finch M, Neoptolemos JP. Acute cholangitis and pancreatitis secondary to common duct stones: management update. World J Surg 1998; 22: 1155–61.
3. Gislason H, Vethrus M, Horn A, Sondenaa K, Søreide O, Viste A et al. Endoscopic sphincterotomy in acute gallstone pancreatitis: a prospective study of the late outcome. Eur J Surg 2001; 167: 204–8.
4. Kelly TR. Gallstone pancreatitis: timing of surgery. Surgery 1980; 88: 345–50.
5. Bjerkset T, Skreden K, Edna T-H, Tøndel H. Akutt gallesteinspankreatitt – når skal galleveiene saneres? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 688–90.
6. Acosta JM, Rossi R, Galli OMR, Pellegrini CA, Skinner DB. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a systematic approach. Surgery 1978; 83: 367–70.
7. The SSAT, AGE, ASGE Consensus Panel. Management of the biliary tract in acute necrotizing pancreatitis. J Gastrointest Surg 2001; 5: 221–2.
8. Rosseland A, Solhaug JH. Primary endoscopic papillotomy (EPT) in patients with stones in the common bile duct and the gallbladder in situ: a 5–8 years follow-up study. World J Surg 1988; 12: 111–6.
9. Fölsch UR, Nitsche R, Lüdtker R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. N Eng J Med 1997; 336: 237–42.
10. Soper NJ. Laparoscopic approach to the biliary tract in acute necrotizing pancreatitis. J Gastrointest Surg 2001; 5: 240–2.