

Akutt gallesteinspankreatitt – når skal galleveiene saneres?



Medisin
og vitenskap

I tidsrommet 1980–98 ble det ved Sykehuset Levanger, Kirurgisk avdeling, behandlet 218 pasienter (133 kvinner) med akutt gallesteinspankreatitt. Median alder var 69,5 år (16–96 år). I perioden 1980–89 (periode 1) ble 111 pasienter hovedsakelig operert åpent under primæroppholdet så snart pankreatitten hadde falt til ro, mens 107 pasienter i perioden 1990–98 (periode 2) hovedsakelig ble operert laparoskopisk/endoskopisk ved en senere reinnleggelse.

I periode 1 døde en 88 år gammel dame etter åpen kolecystektomi og koledokolitotomi. Totalt døde to pasienter i forbindelse med primæroppholdet. En pasient døde senere etter drenering av en pseudocyste til ventrikelen.

I periode 2 døde fire pasienter av pankreatitten under primæroppholdet. 21 pasienter ble senere reinnlagt for nytt pankreatittanfall, hvorav to døde etter fornyet alvorlig anfall i ventetiden. To pasienter utviklet kolecystitt.

Tidlig sanering av galleveiene under primæroppholdet hos pasienter med lett/ødematøs pankreatitt tolereres godt og synes å forhindre residiverende anfall i ventetiden og fører dermed også til lavere mortalitet. Dersom de nødvendige inngrep utføres laparoskopisk/endoskopisk, er strategien også ressursparende.

Akutt pankreatitt er en fryktet komplikasjon til gallesteinssykdommen og forekommer hos 6–8% av pasienter med symptomatisk gallestein. Både forekomst og alvorlighetsgrad av pankreatitt er angitt å være relatert til små steiner og kolesterolose i galleblæren (1). Etter at pankreatitten har falt til ro, bør galleveiene inklusive galleblæren saneres for å forhindre nye anfall.

Tidligere undersøkelser har vist at ved elektiv sanering av galleveiene 6–8 uker etter pankreatittanfallet fikk opptil en tredel av pasientene nytt anfall (2–4), og tidlig definitiv kirurgi ble derfor anbefalt. Et tysk materiale viser at etter 5–16 år fikk 45% av pasientene med galleblæren in situ residiv av pankreatitt, mens ingen fikk residiv etter tidlig kolecystektomi (5). Til tross for dette,

Tormod Bjerkeset

tormod.bjerkeset@innherred-sykehus.no

Knut Skreden

Tom-Harald Edna

Hanne Tøndel*

Kirurgisk Avdeling

Sykehuset Levanger

7600 Levanger

* Nåværende adresse:

Langes gate 20B

2609 Lillehammer

Bjerkeset T, Skreden K, Edna T-H, Tøndel H.

Acute gallstone pancreatitis – timing of the necessary biliary operations.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 688–90.

Background. On the basis of a 19-year material we discuss early or delayed surgery for definitive clearance of the biliary tract after acute gallstone pancreatitis.

Material and methods. During 1980–98, 218 patients, 133 women and 85 men, median age 69.5 years (16–96 years) with acute gallstone pancreatitis were treated at Levanger hospital, Norway. During 1980–89 (period 1), 111 patients were mainly treated by open operations as soon as the acute pancreatitis had settled, while during 1990–98 (period 2), 107 patients were mainly treated conservatively and the biliary operations performed laparoscopically/endoscopically later.

Results. In period 1 two patients died, one of them after open surgery (2%). In period 2 four patients died. 21 patients were readmitted due to a new attack, two of whom died. Two patients developed acute cholecystitis.

Interpretation. Early surgery for the gallstone disease in patients with acute gallstone pancreatitis is well tolerated, recurrent attacks are rare and the mortality low.

☞ Se også side 686

særlig etter at laparoskopisk kolecystektomi ble introdusert, har strategien stort sett vært intervallbehandling.

I den senere tid er det publisert en rekke materialer hvor tidlig kirurgi under aktuelle opphold for pankreatitt anbefales (6–11). Ved lette tilfeller kan inngrepet utføres så snart pankreatitten har falt til ro, vanligvis i løpet av 5–7 dager, i alvorlige tilfeller noe senere i forløpet. Kolecystektomien utføres nå laparoskopisk, ved påvist stein i de dype galleganger anbefaler de fleste at disse fjernes ved papillotomi før kolecystektomien. Ved lette pankreatitter er det vist at det ikke er nødvendig med endoskopisk retrograd

kolangioprakreatikografi (ERCP) på forhånd, da sannsynligheten for gallegangskonkrement er minimal (12).

Hensikten med undersøkelsen var å se på våre resultater basert på to forskjellige strategier med henblikk på sanering av galleveiene etter gjennomgått akutt gallesteinspankreatitt.

Materiale og metode

I perioden 1980–98 ble det ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Levanger, behandlet 218 pasienter (133 kvinner) med median alder 69,5 år (16–96 år) med akutt steinrelatert pankreatitt. Ved siden av anamnese og klinisk undersøkelse ble diagnosen basert på kolecystografi de første årene, senere ultralyd og computertomografi (CT), og biokjemiske prøver. Hos de fleste pasienter ble det bestemt serum-amylase, bilirubin, ASAT, ALAT, LH, alkalisk fosfatase, kalsium, leukocytter, hematokrit, kreatinin og karbamid. Pankreatittens alvorlighetsgrad ble basert på Ransons kriterier sammenholdt med det kliniske forløp og etter hvert også CT. Ransons tegn på > 4 ble betraktet som alvorlig pankreatitt. Akutt ERCP og eventuelt papillotomi ble bare utført hvis anamnese, kliniske funn, biokjemiske prøver og bildediagnostikk gav mistanke om kolangitt eller innkilt stein i choledochus. Diagnostisk ERCP for øvrig ble utført når pankreatitt hadde falt til ro, vanligvis i løpet av en uke.

I løpet av registreringsperioden ble strategien for endelig sanering av galleveiene endret. I periode 1 (1980–89) ble det utført tidlig sanering av galleveiene under samme opphold etter at det akutte forløp var over, mens man i periode 2 (1990–98) gikk over til intervallbehandling. Årsaken til dette var hovedsakelig innføring av laparoskopisk kolecystektomi, da man mente at laparoskopi i akutt fase ville by på for store utfordringer. Data for de to pasientpopulasjonene er angitt i tabell 1.

Undersøkelsen er basert på gjennomgang av journalene til pasienter innlagt for akutt steinrelatert pankreatitt i aktuelle periode. For å analysere forskjeller mellom gruppene er det benyttet khikvadrattest, hvor p-verdi < 0,05 er brukt som statistisk signifikans.

Resultater

Som vist i tabell 1 var det i periode 1 signifikant flere pasienter med gallegangsstein ($p < 0,05$) og signifikant flere som fikk primært antibiotika ($p > 0,01$). Ellers var gruppene like.

Primærbehandlingen i de to periodene er vist i tabell 2. I periode 1 ble 92 pasienter (83%) operert under primæroppholdet, mot 28% i periode 2. I periode 1 ble det hovedsakelig utført åpne operasjoner: 79 kolecystektomier, hvorav 17 pasienter også fikk fjernet stein i de dype galleganger, tre pasienter som var tidligere kolecystektomert fikk utført koledokolitotomi og det var ti terapeutiske papillotomier. Bare 19 pasienter (17%) ble

Tabell 1 Karakteristika for pasienter med akutt gallesteinspankreatitt i 1980–89 og 1990–98

Karakteristika	1980–89 n = 111	1990–98 n = 107
Kvinner/menn	67/44	66/41
Alder (år), median (spredning)	69 (19–96)	70 (16–91)
Alvorlig pankreatitt, antall (%)	12 (11)	14 (13)
Kolangitt	7 (6)	5 (5)
Choledochusstein	39 (35)	23 (21) ¹
Kolecystitt	25 (22)	15 (14)
Primært antibiotika	86 (77)	55 (51) ²
Symptomvarighet (døgn)	1 (0,1–25)	0,7 (0,1–8)

¹X² = 4,980, d.f. 1, p = 0,035

²X² = 17,093, d.f. 1, p = 0,000

behandlet primært konservativt. 73 pasienter (79%) ble operert i løpet av første uke, åtte ble operert i andre uke, og en pasient etter tre uker. En 88 år gammel kvinne døde etter åpen kolecystektomi og koledokolitotomi.

I periode 2 ble det utført seks åpne og tre laparoskopiske kolecystektomier, en koledokolitotomi og 14 terapeutiske og sju profylaktiske papillotomier, mens 78 pasienter (73%) ble behandlet konservativt. Primær liggetid i periode 1 var 13 dager (0–130 dager), i periode 2 var liggetiden seks dager (0–45 dager).

Sekundære gallesterende inngrep for de to periodene er angitt i tabell 3. I periode 1

var det 12 reinnleggelser, hvorav ni pasienter ble opererte åpent og tre fikk utført terapeutisk papillotomi. Seks pasienter ble behandlet poliklinisk med papillotomi/repapillotomi. I periode 2 ble 84 reinnlagt. 46 ble operert og 38 fikk utført papillotomi, 16 terapeutisk og 22 profylaktisk. I tillegg fikk 13 pasienter utført forskjellige terapeutiske endoskopiske prosedyrer poliklinisk. I periode 1 døde tre pasienter (2,7%) av pankreatitt, en av dem var død ved innkomst. En pasient døde av alderdomssvakhhet etter å ha gjennomgått en lett pankreatitt. En pasient døde under sekundæroppholdet etter drenering av pseudocyste til ventrikkelen. I perio-

Tabell 2 Gallesanerende inngrep under opphold for akutt gallesteinspankreatitt i 1980–89 og 1990–98

Behandling	1980–89 n = 111	1990–98 n = 107
Konservativ	19	78
Åpen kolecystektomi	79	6
Samtidig koledokolitotomi	17	0
Laparoskopisk kolecystektomi	0	3
Koledokolitotomi alene	3	1
Terapeutisk papillotomi	10	14
Profylaktisk papillotomi	0	7

Tabell 3 Sekundære innleggelser for gallesanerende inngrep etter akutt gallesteinspankreatitt i 1980–89 og 1990–98

Behandling	1980–89 n = 12	1990–98 n = 84
Åpen kolecystektomi	6	10
Laparoskopisk kolecystektomi	0	36
Åpen koledokolitotomi	3	0
Terapeutisk papillotomi	3	16
Profylaktisk papillotomi	0	22

de 2 døde fem pasienter (4,6%) under primær oppholdet, en av dem var død ved innkomst. 21 pasienter (20%) ble reinnlagt for nytt pankreatittanfall i ventetiden, hvorav to med alvorlig anfall døde av kolangitt/sepsis. To pasienter ble innlagt med akutt kolecystitt, og disse ble kolecystektomert.

Median total liggetid før sanering av galleveiene i periode 1 var 18,8 døgn, i periode 2 11,0 døgn.

Diskusjon

Til tross for at det allerede tidlig i 1970-årene ble publisert materialer som viste at tidlig sanering av galleveiene var å anbefale (2–4), har konservativ holdning med operasjon i kald fase vært vanligst. Noen grupper har anbefalt ERCP innen 48 timer hos alle pasienter der det er mistanke om choledochusstein og at det gjøres papillotomi hos dem med positivt funn (13–15). Større prospektive randomiserte studier viser at dette ikke er noen fordel (16, 17), da de fleste choledochussteiner vil avgå spontant og at det bare ved innkilt stein med icterus og sepsis at denne prosedyren er nødvendig (16). I vårt materiale ble akutt ERCP med papillotomi bare utført hos pasienter der det var mistanke om kolangitt og økende icterus pga. innkilt stein. Diagnostisk ERCP for øvrig ble i begge perioder utført under aktuelle opphold når pankreatitt var falt til ro, vanligvis i løpet av en uke, hos henholdsvis 33 og 32 pasienter.

Våre resultater viser at sanering av galleveiene under oppholdet for akutt pankreatitt trygt kan utføres hos pasienter med lett/ødematøs form. Det er minimale komplikasjoner og lav mortalitet, hvilket er overensstemmende med andre arbeider (2–4, 6–11). Den høye ressursbruken uttrykt ved antall liggedøgn i periode 1 er forårsaket av hovedsakelig åpne operasjoner, også når det dreier seg om choledochussteiner. Når kolecystektomien utføres laparoskopisk, vil liggetiden gå betraktelig ned, likeså rehabiliteringstiden i forhold til intervallbehandling. At to pasienter i periode 2 døde av nytt, alvorlig anfall i ventetiden før neste innleggelse, taler også for tidlig intervensjon, hvilket stemmer overens med andre arbeider (5, 9).

På hvilken måte galleveiene skal saneres er avhengig av hvilke prosedyrer man er vant til og behersker. Ved påvist choledochusstein anbefales disse fjernet ved papillotomi forut for kolecystektomien (11), eventuelt laparoskopisk for dem som behersker den teknikken, med mulighet for konvertering til åpen minilaparotomi hvis man mislykkes (1). Hos gamle, skrøpelige pasienter kan papillotomi med galleblæren in situ være et tilstrekkelig alternativ (1, 14). I periode 1 ble 11 pasienter behandlet på den måten, i periode 2 37 pasienter. Etter moderne prinsipper ville den 88 år gamle damen som døde etter åpen kirurgi tidlig i 1980-årene, blitt behandlet slik og hatt større muligheter for å overleve.

Denne studien tyder på at tidlig sanering av galleveiene under primær oppholdet for pankreatitt med fordel kan utføres, da det er forbundet med minimale komplikasjoner og lav mortalitet. Hos pasienter med lett/ødematøs pankreatitt kan prosedyrene utføres så snart amylasenivået har normalisert seg, vanligvis i løpet av en uke. Hos pasienter med alvorlig/hemoragisk pankreatitt bør man vente til 2–3 uker etter at pasienten er restituert. Når inngrepene utføres laparoskopisk/endoskopisk, vil tidlig sanering være ressursbesparende. Tidlig sanering vil kunne forhindre nye anfall av pankreatitt.

Litteratur

1. Farinon AM. Acute biliary pancreatitis. *Ann Ital Chir* 1998; 69: 751–63.
2. Paloyan D, Simonowitz D, Skinner DB. The timing of biliary tract operations in patients with pancreatitis associated with gallstones. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 141: 737–9.
3. Kelly TR. Gallstone pancreatitis: the timing of surgery. *Surgery* 1980; 88: 345–50.
4. Osborne DH, Imrie CW, Carter DC. Timing of biliary surgery in gallstone associated acute pancreatitis. *Gut* 1980; 21: 924.
5. Wuthrich W, Stirnemann H, Kupfer K. Long-term follow-up of acute pancreatitis – significance of cholecystectomy for the biliary form. *Helv Chir Acta* 1992; 58: 617–9.
6. Uhl W, Muller CA, Krahenbuhl L, Schmid SW, Scholzel S, Buchler MW. Acute gallstone pancreatitis: timing of laparoscopic cholecystectomy in mild and severe disease. *Surg Endosc* 1999; 13: 1070–6.
7. Johnson CD. Timing of intervention in acute pancreatitis. *Postgrad Med J* 1993; 69: 509–15.
8. Beger HG, Uhl W, Berger D. Surgical therapy of acute pancreatitis. *Helv Chir Acta* 1992; 59: 47–60.
9. Pedersen FM. Acute pancreatitis and gallstones. *Ugeskr Læger* 1993; 155: 1275–8.
10. Graham LD, Burrus RG, Burns RP, Chandler KE, Barker DE. Laparoscopic cholecystectomy in biliary pancreatitis. *Am J Surg* 1994; 60: 40–3.
11. Pellegrini CA. Surgery for gallstone pancreatitis. *Am J Surg* 1993; 165: 515–8.
12. Himal HS. Preoperative endoscopic retrograd cholangiopancreatography (ERCP) is not necessary in mild gallstone pancreatitis. *Surg Endosc* 1999; 13: 782–3.
13. Lygren I, Jacobsen CD, Rosseland AR, Trønnes S. Endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi ved mistanke om akutt gallesteinspankreatitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1216–8.
14. Rosseland AR, Solhaug JH. Early or delayed endoscopic papillotomy (EPT) in gallstone pancreatitis. *Ann Surg* 1984; 199: 165–7.
15. Sungler P, Holzinger J, Waclawiczek HW, Heiner mann PM, Boeckl C. Urgent ERCP and early laparoscopic cholecystectomy in biliary pancreatitis. *Zentralbl Chir* 1997; 122: 1099–102.
16. Nitsche R, Folsch UR, Ludtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Urgent ERCP in all cases of acute biliary pancreatitis? A prospective randomized multicenter study. *Eur J Med Res* 1995; 1: 127–31.
17. Folsch UR, Nitsche R, Ludtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. *N Engl J Med* 1997; 336: 237–42.

○