

Endring i operasjonsindikasjoner og henvisningspraksis, sentralisering og tilgang til kirurgisk ekspertise har bidratt til økende bruk av laparoskopisk kirurgi ved gastroøsofageal refluks

## Kirurgi ved refluks

Erik Trondsen og medarbeidere (1) gir i dette nummer av Tidsskriftet en oversikt over kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom i Norge i perioden 1999–2003 og sammenlikner antall operasjoner med tall fra perioden 1990–98. Arbeidet er viktig, fordi det gir bakgrunnsmateriale for valg av fremtidig strategi.

Som forventet har operasjonsfrekvensen og andel laparoskopiske inngrep økt betydelig siden 1990. Mer uventet er det at insidensen varierte mellom ulike regioner. Prevalensen, og sannsynlig også insidensen, av gastroøsofageal reflukssykdom har økt i den vestlige verden de seneste tiår, noe som har bidratt til den økte operasjonsfrekvensen (2). Operasjonsindikasjoner og henvisningspraksis har også endret seg noe. En viktig faktor har vært erkjennelsen av at pasienter med slik sykdom har en betydelig dårligere livskvalitet enn hva man tidligere har antatt. En vesentlig årsak til utviklingen mot mer bruk av laparoskopiske inngrep og de regionale forskjeller er nok et større tilbud og bedre tilgang til kirurgisk ekspertise.

Høy kirurgisk kompetanse er en forutsetning for gode resultater ved kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom. Økningen i insidens av refluksoperasjoner har gått parallelt med etablering av høy kirurgisk kompetanse og til dels sentralisering. En omfattende publisering av oppnådde resultater har bidratt til å sette nye standarder. Åpen kirurgisk behandling har hatt et dårlig rykte, fordi inngrepene ofte ble utført på klinikker med begrenset erfaring på området. Ved sykehus med høy kompetanse er resultatene imidlertid like gode ved åpen kirurgi som ved laparoskopisk kirurgi (3). Det synes derfor å være gode grunner for å sentralisere kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom, enten tilgangen gjøres åpent eller laparoskopisk.

Dagkirurgisk behandling vil bli stadig mer aktuelt. Årsaken til at kun få sykehus utfører dagkirurgiske inngrep er blant annet at sykehuseier ikke gjør de nødvendige investeringer for å legge forholdene til rette for virksomheten.

Det har vært mye oppmerksomhet rettet på kostnadene ved behandling av gastroøsofageal reflukssykdom. Ved sammenlikning mellom åpen og laparoskopisk kirurgi har kortere liggetid etter laparoskopiske inngrep vært fremholdt som en viktig kostnadsbesparende faktor. Nyere data, for eksempel om colonkirurgi, antyder at forskjellen i liggetid kan reduseres betydelig også ved åpen kirurgi (4). Dette momentet vil derfor kunne bli av mindre kostnadsmessig betydning. En ulempe ved åpen kirurgi er høyere forekomst av behandlingskrevende arrbrokk.

Medisinsk behandling med protonpumphemmere er effektiv symptomatisk behandling hos de fleste pasientene, men slik behandling vil ikke ha effekt på den patogenetiske mekanisme og forhindrer ikke refluks av gastroduodenalt sekret. Symptomer relatert til syreseksjon vil derfor residivere når behandlingen opphører, og livslang medikamentell behandling kan være nødvendig. Pasienter med plager som regurgitasjon, respiratoriske komplikasjoner eller Barretts oesophagus vil ha fordel av fullstendig reflukskontroll, dvs. kirurgi.

En del pasienter er bekymret for en eventuell cancerrisiko ved langtidsbehandling med protonpumphemmere. Det er imidlertid ikke

påvist en slik risiko, og det er heller ikke påvist økt forekomst av dysplasi i ventrikkelslimhinnen. Derimot er det sannsynlig at økt forekomst av adenokarsinom i distale del av oesophagus er relatert til kronisk refluks, noe som støtter indikasjonen for kirurgisk behandling. Når det gjelder Barretts oesophagus synes det som om antirefluksoperasjon kan gi et gunstigere sykdomsforløp enn medikamentell behandling. Disse er alle faktorer som bidrar til økende insidens av kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom.

Randomiserte studier har kommet ut til fordel for kirurgisk behandling (5). Kirurgisk behandling vil imidlertid alltid være forbundet med en viss frekvens komplikasjoner, slik som perforasjon, dysfagi og skade på vagus (6). Derfor anbefales ofte eldre pasienter medisinsk behandling. Det er således påfallende at insidensen for kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom for kvinner over 60 år i Norge har økt fra 6,4 i 2001–2002 til 11,2 i 2003; dette er høyere enn for menn i samme alder og høyere enn for kvinner i aldersgruppen 30–39 år (1). Man skulle forventet en lavere insidens av kirurgisk behandling i denne aldersgruppe.

Trondsen og medarbeideres artikkel er et viktig bidrag til vår kunnskap om kirurgisk behandling av gastroøsofageal reflukssykdom og er i tillegg hypotesegenererende. Det er ønskelig med mer kunnskap om insidensen av gastroøsofageal reflukssykdom, fordelingen mellom medisinsk og kirurgisk behandling og resultater ved de ulike behandlingsmetoder, spesielt komplikasjoner til kirurgisk behandling. Protonpumphemmernes høye sikkerhetsprofil og gode effekt på symptomer og syreindusert øsofagitt gjør at medisinsk behandling med slike midler er et utmerket behandlingsalternativ for de fleste pasientene. Endoluminale metoder, introdusert de seneste årene, har så langt ikke kunnet vise tilfredsstillende langtidsresultater ved alvorlig gastroøsofageal reflukssykdom (7), og synes å være mest effektivt ved moderat sykdom som kan behandles med protonpumphemmere.

**Helge E. Myrvold**

helge.myrvold@ntnu.no

*Helge E. Myrvold (f. 1934) er professor emeritus ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Han var seksjonssjef ved Gastroenterologisk seksjon, Kirurgisk avdeling ved St. Olavs Hospital i perioden 1982–2003.*

*Oppgitte interessekonflikter:* Ingen

### Litteratur

1. Trondsen E, Bakken IJ, Skjeldstad FE. Antirefluksoperasjoner i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1990–2.
2. Shabeen N, Provenzale D. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease. Am J Med Sci 2003; 326: 264–73.
3. Nilsson G, Wenner J, Larsson S et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication. Br J Surg 2004; 91: 552–9.
4. Basse L, Jakobsen DH, Bårdram L et al. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. Ann Surg 2005; 241: 416–23.
5. Lundell L, Mittinen P, Myrvold HE et al. Continued (5-year) follow up of a randomized clinical study comparing antireflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. J Am Coll Surg 2001; 192: 172–9.
6. Rantanen TK, Salo JA, Sipponen JT. Fatal and lifethreatening complications in antireflux surgery: analysis of 5,502 operations. Br J Surg 1999; 86: 1573–7.
7. Oleynikov D, Oelschlager, Dibaise J. Endoscopic therapy for gastroesophageal reflux: can it replace antireflux surgery. Minerva Chir 2004; 59: 427–35.