

Kommentar

Gallesteinsileus

Kasuistikken fra Stokmarknes er rene kriminalgåten. I Sabistons *Textbook of surgery* fra 2003 (1) nevnes kun én mulighet for vandring av gallestein til tynntarmen, nemlig gjennom en biliodigestiv fistel som i de fleste tilfeller dannes mellom galleblære og duodenum. Dette er vel det mest sannsynlige, også siden man peroperativt fant spor av en fistelgang. Det er svært lite sannsynlig at en stor gallestein skulle ha blitt frigjort til abdominalhulen før eller under kolecystektomien og så arbeidet seg gjennom tarmveggen. En kritisk røst ville kanskje be om å få se den aktuelle steinen, er det 100 % sikkert at det var en gallestein?

Gallesteinssykdommen er nærmest for en folkesykdom å regne. Med ca. 4 500 årlige kolecystektomier i Norge (2) nærmer livstidsrisikoen for en kolecystektomi seg 10 %. Størstedelen av operasjonene utføres i dag elektivt, ofte dagkirurgisk eller med ett døgn postoperativ liggetid. Det er da lett å glemme alle de andre fasettene av gallesteinsykdommen, noe Trastis spennende kasuistikk minner oss om. Selv om vi i dag fortsatt er velbegrunnet konservative i Norge når det gjelder operativ behandling etter gjennomgått kolecystitt (3), skal man ikke helt glemme debatten rundt forrige århundreskifte mellom autoritetene William J. Mayo og William Osler, hvor førstnevnte betraktet alle gallesteiner som tikkende bomber (4).

Trastis kriminalgåte burde ut fra medisinsk litteratur være løsbart. Det er jo dette vi strekker oss etter. Kvinnen hadde hatt residiverende episoder med smerter og subileus, og var i en alder hvor gallesteinsileus er en mulighet, selv om adheranseileus som følge av tidligere laparotomier og strålebehandling er mange ganger hyppigere. «Tumbling obstruction» er det engelske navnet på fenomenet med partiell obstruksjon som forsterkes og lindres etter som steinen vandrer ned mot sin endelige fastkilte posisjon.

Forutsetningen for å løse en såpass intrikat medisinsk gåte er imidlertid at all medisinsk observasjon og dokumentasjon er gjort på en grundig og profesjonell måte. En grundig medisinsk anamnese er fortsatt alfa og omega innen medisinsk praksis. Kun gjennom en grundig anamnese kan man trene opp sine egne diagnostiske ferdigheter, og få mulighet til å skyte en innertier en gang iblant. Videre er en operasjonsbeskrivelse en like viktig dokumentasjon. Dette gjøres det dessverre lite oppmerksom på i spesialistutdanningen i dag, og man finner ofte operasjonsbeskrivelser som etterlater sterk tvil om hvorvidt operatørene har foretatt en systematisk og grundig gjennomgang av abdomen, eller om de til og med har manglet forutsetninger for dette. I en buk med adheranser og derav følgende manglende mulighet for en åpenbar kaliberfor-

skjell, vil systematisk palpasjon av hele tynntarmens lengde være en forutsetning for å avdekke patologiske forhold. Tilsvarende finner man heller ikke en Meckels divertikulitt uten å palpere gjennom distale del av tynntarmen. Grundig og systematisk gjennomgang av buken er også viktig ved laparoskopi. Kasuistikken fra Stokmarknes minner oss om verdien av en god «gammeldags» sykehistorie og en systematisk undersøkelse og beskrivelse av de intraoperative forhold. Dette er viktig i en tid da terskelen for å rekvirere avanserte bildediagnostiske undersøkelser stadig blir lavere.

Odd Mjåland

odd.mjaland@c2i.net
Kirurgisk avdeling
Sørlandet Sykehus Kristiansand
4604 Kristiansand S

Manuskriptet ble godkjent 15.6. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sabistons Textbook of surgery. 16. utg. Philadelphia: Saunders, 2001.
2. Bakken IJ, Skjeldstad FE, Mjåland O et al. Kolecystektomi i Norge i 1990–2000. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2376–8.
3. Søndena K, Nesvik I, Solhaug JH et al. Randomization to surgery or observation in patients with symptomatic gallbladder stone disease. Scand J Gastroenterol 1997; 32: 611–6.
4. Mayo WJ. «Innocent» gall-stones a myth. JAMA 1911; 56: 1021–4.