

Gastroenterologisk kirurgi

Utviklingen innen det kirurgiske fagfelt de siste 25 år har vært preget av en uttalt grenspesialisering; den generelle kirurgen som dekker «det meste» møter man sjeldnere. Organsystemer og etablerte grenspesialiteter har funnet hverandre og lever i varierende grad sine egne liv med mer eller mindre veldefinerte kliniske problemstillinger og pasientgrupper. Noen oppfattet kanskje den *gastroenterologiske kirurgiske* grenspesialitet, formelt godkjent i 1979, kun som et nytt navn for den generelle *abdominalkirurgi*, noe kirurger alltid hadde praktisert. Erfaringer fra de senere år har vist at dette kun delvis er tilfelle. I 1996 ble Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (NFGK) stiftet, og dermed hadde alle kirurgiske grenspesialiteter fått sin egen forening, med Norsk kirurgisk forening (NKF) som den samtlende paraplyorganisasjon.

Den kliniske hverdag er i stadig endring, både på grunn av forandringer i lokal organisering og drift av sykehus og avdelinger, men også på grunn av nye generelle rammebetingelser eller overordnede helsepolitiske beslutninger. Faglige fremskritt, nye kliniske erkjennelser og en generell sykdomsutvikling, kreftsykdommer i mage og tarm inkludert, har bidratt til at oppgaver, muligheter, metoder og utfordringer har endret seg de siste 25 år. Infeksjonskomplikasjoner knyttet til mage-tarm-kirurgi var et klinisk viktig problem også på 1980-tallet. Basert på flere kliniske studier, der også norske kirurger og avdelinger var viktige bidragsyttere, ble korttidsprofylakse med antibiotika etablert som standard, ikke minst knyttet til elektiv kolorektalkirurgi. Dette reduserte den postoperative infeksjonsrate dramatisk. Pasienter med peptisk ulcusssykdom ble i stor stil behandlet med syrehemmende medikamenter, og kirurgisk med ventrikkelsparende selektiv proksimal gastrisk vagotomi (PGV). Dette ble oppfattet som et stort fremskritt, da alternativet tidligere for mange av disse pasientene hadde vært ventrikkelreseksjon. Ingen tenkte den gang at ulcusssykdommen skulle bli en infeksjonssykdom, slik ettertiden har vist.

Frem mot årtusenskiftet skjedde ting fort; utvikling og introduksjon av endoskopiske og laparoskopiske tilganger og prosedyrer gav nye muligheter, men krevde også mye nytt utstyr og klinisk kompetanse. Behandling av gallegangsstein ble først og fremst en endoskopisk utfordring. Galleblæren kunne fjernes laparoskopisk ved symptomgivende gallesykdom, og akutt appendisitt kunne også opereres via kikkhulltilgang. Dette paradigmeskiftet i operativ tilgang skjedde uten basis i vitenskapelig metode og forskning. Den teknologiske utvikling skjedde selvsagt også på andre fagfelt, og det fikk direkte betydning for gastroenterologisk kirurgisk praksis. Ikke minst gjaldt dette de nye bildediagnostiske muligheter som ultralyd, stadig raskere og bedre CT-diagnostikk og ikke minst de mulighetene som MR gir i mange sammenhenger. Muligheter for peroperativ ultralyd (både ved åpen og ved laparoskopisk kirurgi) har gitt kirurgen et «nytt øye».

Tekniske nyvinninger av betydning for selve det operative inngrepet ble gjort i og med at «symaskiner» (staplere) ble allment tilgjengelig i 1980-årene, oftest som engangsutstyr. Enkelte prosedyrer (anastomoser) ble ved bruk av staplere teknisk enklere, raskere å gjennomføre og ved noen inngrep også tryggere enn konvensjonell suturteknikk. Slike instrumenter ble også etter hvert tilpasset den laparoskopiske tilgang.

Innen gastroenterologisk kreftkirurgi har oppmerksomheten vært rettet mot betydningen av det primære operative inngrepet: inngrepets omfang, peroperativ overvåking og oppfølging. Ved kreft i magesekken, en kreftsykdom der forekomsten er i stadig tilbakegang, er fortsatt ikke femårsoverlevelsen over 45–50 % hos pasienter som anses radikalt operert. I motsetning til kreft i magesekken, har vi observert en til dels dramatisk økning i ende- og tykktarmskreft. Bedre preoperativ stadieinndeling av endetarmskreft har gitt et bedre grunnlag for å selektere pasienter som kan profitte på preoperativ strålebehandling. Samtidig har innføring av en ny og mer anatomisk operasjonsmetode (total mesorektal

eksisjon, TME) vist at man uten strålebehandling kan redusere den lokale residivfrekvens fra 30 % til knapt 10 % hos pasienter som opereres for rectumkreft. Dermed kan strålebehandling reserveres for pasienter med denne kreftformen i lokalt avansert stadium.

Multimodal behandling, der tverrfaglige team samarbeider tett, er blitt både vanlig og nødvendig ved mange seksjoner som behandler kreftsykdommer i mage-tarm-kanalen. Spiserørskreft er relativt sjelden i vårt land, men både den preoperative utredning, som i dag oftest innbefatter endoskopisk ultralydundersøkelse, og valg av behandling, er eksempler på at gastroenterologiske kirurger, gastroenterologer, onkologer, radiologer og patologer må tilstrebe en god og kontinuerlig kommunikasjon, gjerne i form av regelmessige kliniske konferanser.

Mens leverkirurgi før 1975 hørte til sjeldenhetene, er dette i dag et rutineinngrep ved universitetssykehusene og enkelte andre sykehus. Kirurgisk behandling av levermetastaser, avansert galleveiskirurgi og pancreaskirurgi er også eksempler på viktigheten av flerfaglige team. Samarbeidet med kollegene på anesthesi- og intensivavdelinger spiller en viktig rolle. I løpet av de siste 25 år har det gastroenterologisk-kirurgiske miljø erfart at betydningen av adekvat kreftkirurgi ikke blir mindre om resultater oppnås innenfor en ramme av samarbeid og tverrfaglighet.

Fremtiden er spennende. Faget vårt blir trolig i enda større grad enn tidligere preget av teknologiske fremskritt innen både diagnostikk og selve den operative virksomhet. Det blir en stor utfordring å kunne skille det som er godt, trygt og nyttig for pasienten fra det som først og fremst er spennende og artig for kirurgen.

I en verden preget av rivende teknologisk utvikling vil trolig fortsatt de menneskelige ressurser, inkludert den sosiale kompetanse hos hver enkelt medarbeider, være etterspurt av arbeidsgivere. Klinisk kompetanse og evne til god kommunikasjon vil være viktige suksessfaktorer i forhold til pasientgrupper som i økende grad kan velge hvor de vil la seg undersøke og behandle.

Jon Arne Søreide

jon.soreide@kir.uib.no
 Institutt for kirurgiske fag
 Universitetet i Bergen
 og
 Kirurgisk avdeling
 Stavanger universitetssjukehus

Asgaut Viste

Institutt for kirurgiske fag
 Universitetet i Bergen
 og
 Kirurgisk avdeling
 Haukeland Universitetssjukehus

Generell kirurgi

Norsk kirurgisk forening representerer generell kirurgi i Norge. Foreningen har de siste 25 årene utgitt *Vitenskapelige forhandlinger*, som er en samling av abstrakter fra alle foredragene som holdes på foreningens årlige høstmøte. Denne gir en god dokumentasjon på utviklingen innen det kirurgiske faget og viser at utviklingen innen kirurgien har vært enorm de siste 25 årene. Den generelle kirurgen har mer eller mindre forsvunnet og er erstattet av subspecialister, med en generell kirurgisk grunnutdanning. Mamma- og endokrinkirurgien er det siste området som nå blir en egen subspecialitet, og da står man igjen med traumatologien som den generelle kirurgien skal ta ansvaret for.

For 25 år siden var det fortsatt hovedsakelig de tradisjonelle kirurgiske instrumentene som ble brukt, men siden 1981 ser vi en fantastisk utvikling innen bildeformidlingen. Bildeformidling har dannet grunnlag for utviklingen av nye instrumenter og behandlingsmetoder. Fra høstmøtet 1981 finner vi flere eksempler på at ny