

# Mave-tarm-funktion efter kolecystektomi

Overlæge Jüri J. Rumessen

Amtssygehuset i Gentofte, Medicinsk Afdeling F,  
Gastroenterologisk Laboratorium

Generende abdominalsymptomer inklusive smerter, ud over i det umiddelbare postoperative forløb, ses hos 15-40% af patienterne efter kolecystektomi på grund af tilstedeværende ukomplicerede galdeblæresten. Årsagerne hertil er uklare, ligesom det kliniske spektrum af persisterende/nytilkomne symptomer postoperativt ikke er systematisk undersøgt. Prospektive, randomiserede, kontrollerede undersøgelser (operation vs. konservativ behandling/observation) af væsentlige kliniske endepunkter er yderst sparsomme, og ikke entydige med hensyn til en gavnlige effekt af ukompliceret kolecystektomi [1, 2].

I epidemiologiske undersøgelser har man ikke kunnet påvise en sammenhæng mellem såkaldt karakteristiske symptomer ved galdesten og tilstedeværelsen af disse. Selv blandt sekundært eller tertiært henviste (selektede) patienter med påviste galdeblæresten er det tilsyneladende vanskeligt at angive specifikke symptomer udløst af tilstedeværende ukomplicerede galdeblæresten [1]. Almindeligvis angives præoperative faktorer som meteorisme, obstipation, psykisk vulnerabilitet (indtagelse af antidepressiva eller anxiolytika) og langvarige præoperative symptomer som prædiktorer for et utilfredsstillende operationsresultat [3]. Mange genhenvinsninger postoperativt på grund af persisterende eller nytilkomne symptomer må ses på denne baggrund. Som det vil fremgå, synes samlede diagnosegrupper, som f.eks postkolecystektomisyndrom at være kontroversielle.

I det følgende diskuteres mave-tarm-gener efter operation for ukompliceret galdeblærestenssygdom med udgangspunkt i disse problemer og i forskellige typer abdominalgener. Perspektivet er en medicinsk-gastroenterologs. Postoperative gener i umiddelbar relation til indgrebet diskuteres ikke, ligesom de mangeartede medicinske problemer ved følgerne efter kompliceret galdestenssygdom ikke berøres.

## Diare

Diare optræder hos 5-20% af patienterne både før og efter operation [3-5], nytilkommen diare efter operation angives at være sjælden [5]. Efter kolecystektomi kan der påvises nedsat galdesyre (Se-HCAT)-retention og dermed øget galdesyreabsorption. Da der endvidere er påvist accelereret colontransit efter kolecystektomi (muligvis på grund af ledsagende øget tendens til galdesyreabsorption), må det derfor formodes, at enkelte patienter kan få diare-tilbøjelighed af denne årsag.

Samlet set er den kliniske betydning af nytilkommet diare postoperativt dog formentlig beskedent, og forekomsten af en såkaldt »postkolecystektomi-diare« synes ikke at være dokumenteret [5].

## Obstipation

Hyppigheden af obstipation blandt henviste galdestenspatienter angives stærkt varierende (5-30%). I et arbejde fandtes der signifikant ændring (bedring) af obstipationstendens postoperativt [3, 4]. Dette kunne være udtryk for et øget postoperativt galdesyreoutput til colon i henhold til ovenstående overvejelser.

## Luftgener og føde(fedt)intolerans

Luftgener (meteorisme, postprandial øvre abdominal fyldthedsfølelse) synes i højere grad end andre gener at persistere postoperativt (i omkring 40% af tilfældene) [3-6]. Præoperative luftgener synes at være en selvstændig prædiktør for et utilfredsstillende postoperativt resultat. Fedtintolerans er vanskelig at vurdere, da mange patienter er fortsat med en fedtfattig kost postoperativt, men symptomet lindres næppe af operationen [5]. Abdominal hypersensitivitet over for duodenal lipidperfusion er et kendt fænomen hos patienter med colon irritabile uden galdestenssygdom, og en postoperativ fedtintolerans må vurderes på denne baggrund.

## Abdominalsmerter

Udredning og behandling af patienter, der er genhenvist postoperativt med persisterende eller nytilkomne abdominalsmerter, udgør en væsentlig klinisk udfordring i nærværende sammenhæng. Smertelindringsraten efter kolecystektomi angives i forskellige arbejder at være 70-85% [3, 5]. Om årsagen til smertelindring er operationen per se, er fortsat kontroversielt [2]. Benævnelsen galdevejskolik/galdevejsmerter har forskellig mening i forskellige studier og tages ofte under et. Postprandiale, kolikagtige mavesmerter er karakteristiske for funktionel tarmsygdom og skal differentieres herfra.

- Systematiske undersøgelser, der beskriver effekten af kolecystektomi på postoperative gener hos patienter med ukomplicerede galdesten, har væsentlige designmæssige mangler, og evidensen for ændret mave-tarmfunktion efter kolecystektomi er ringe.
- Det bør altid overvejes, om abdominalgener hos patienter med ukomplicerede galdesten kan skyldes funktionel tarmsygdom.

Galdevejsdyskinesi/sphincter Oddi-dysfunktion (SOD) angives som årsag til biliære smerter efter kolecystektomi hos 1-2% af patienterne [7] (og er indimellem angivet synonymt med det såkaldte postkolecystektomisyndrom). Almindeligvis mistænkes udelukkende tidligere kolecystektomerede patienter for at have SOD. SOD's hyppighed før kolecystektomi er ukendt [7]. En subgruppe af disse patienter (især såkaldt type III [7]), kan ikke klinisk skelnes fra patienter med funktionel mave-tarm-sygdom, og det er påvist, at deres symptomer sandsynligvis ikke (udelukkende) stammer fra galdevejene, men kan skyldes duodenal visceral hyperalgesi. Type III-patienter kunne derfor tænkes at have glæde af den samme behandling, der vil kunne tilbydes patienter med funktionel dyspepsi og colon irritabile.

Trods mangler på definition, patofysiologisk forståelse og dokumentation for effekt, har begrebet »kronisk akalkuløs galdeblæredysfunktion« ført til en stigning i kolecystektomifrekvensen på denne indikation i USA [8]. Karakterisering af formodede patienter med denne tilstand med kolecystokinin-kolescintigrafi med henblik på eventuel kolecystektomi har vundet frem, selv om evidensgrundlaget herfor er manglende. Disse patienter har formentlig en afart af funktionel tarmsygdom og kan ej heller skelnes fra patienter med SOD type III.

Det fremgår af ovenstående, at en lang række af de abdominalgener, der ses såvel før som efter kolecystektomi, undertiden kan være forenelige med diagnosen funktionel dyspepsi eller colon irritabile i henhold til Manning-kriterierne og Rom-klassifikationerne. På baggrund af eksisterende studiers designmæssige kvalitet kan det være vanskeligt at vurdere årsagssammenhænge og hyppigheder for mave-tarm-symptomer efter ukompliceret kolecystektomi, og evidensen for ændret mave-tarm-funktion efter kolecystektomi er ringe. Håndfast patientinformation herom er således som oftest ikke berettiget. Ved alle abdominalgener efter kolecystektomi må man selvsagt altid være opmærksom på en eventuel nytilkommen anden mave-tarm-sygdom.

I et nylig publiceret systematisk *review* [9] samt i en multivariat analyse (publiceret med ledsagende leder) [10] er der påvist en 2-3 gange højere kolecystektomirate hos patienter med colon irritabile end hos personer uden denne tilstand. Selv om vi ikke ved, om incidensen af galdesten er øget ved colon irritabile, eller om forskellige subgrupper af disse patienter har forskellig risiko for symptomatiske galdesten, anføres det, at en mulig forklaring på dette forhold kan være, at den præoperative diagnose er for upræcis. Det er oftest ikke klart, om patienterne havde colon irritabile før kolecystektomi. En række af de beskrevne postoperative gener kunne dog vække denne mistanke.

Samlet set kunne dette område fortjene yderligere velgennemførte undersøgelser med relevante endepunkter, så der tilvejebringes viden med henblik på at opnå både en bedre vurdering af operationens reelle indflydelse på postoperative

gener og måske en bedre præoperativ selektion af de patienter, hvis hovedproblem er funktionel tarmsygdom.

Korrespondance: *Jüri J. Rumessen*, Medicinsk Afdeling F, Amtssygehuset i Gentofte, DK-2900 Hellerup. E-mail: juru@gentoftehosp.kbhamt.dk

Antaget: 22. april 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Artiklen bygger på en større litteraturgennemgang. En fuldstændig litteraturliste kan rekvireres fra forfatteren.

#### Litteratur

1. Middelfart HV, Jensen PF, Højgaard L et al. Ukomplicerede galdesten: hvem skal opereres? *Ugeskr Læger* 1997;159:2992-8.
2. Vetrhus M, Søreide O, Eide GE et al. Pain and quality of life in patients with symptomatic, non-complicated gallbladder stones: results of a randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:270-6.
3. Luman W, Adams WH, Nixon SN et al. Incidence of persistent symptoms after laparoscopic cholecystectomy: a prospective study. *Gut* 1996;39:863-6.
4. Hearing SD, Thomas LA, Heaton KW et al. Effect of cholecystectomy on bowel function: a prospective, controlled study. *Gut* 1999;45:889-94.
5. Vander Velpen GC, Shimi SM, Cushieri A. Outcome after cholecystectomy for symptomatic gall stone disease and effect of surgical access: laparoscopic vs open approach. *Gut* 1993;34:1448-51.
6. Weinert CR, Arnett D, Jacobs D et al. Relationships between persistence of abdominal symptoms and successful outcome after cholecystectomy. *Arch Intern Med* 2000;160:989-95.
7. Prajapati DN, Hogan WJ. Sphincter of Oddi dysfunction and other functional biliary disorders: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin N Am* 2003;32:601-18.
8. DiBaise JK, Oleynikov D. Does gallbladder ejection fraction predict outcome after cholecystectomy for suspected chronic acalculous gallbladder dysfunction? *Am J Gastroenterol* 2003;98:2605-11.
9. Hasler WL, Schoenfeld P. Systematic review: abdominal and pelvic surgery in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:997-1005.
10. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology* 2004;126:1665-73.