

Behandlingen af akut cholecystitis i Danmark

En spørgeskemaundersøgelse

Helle Lund, Thue Bisgaard, Svend Schulze, Jacob Rosenberg & Viggo B. Kristiansen

Resumé

Formål: Formålet med undersøgelsen var at beskrive behandlingen af akut cholecystitis i Danmark og at sammenligne denne med anbefalingerne i det nylig publicerede referenceprogram for behandling af galdestenssygdom.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt 52 kirurgiske afdelinger i Danmark.

Resultater: Alle afdelinger besvarede spørgeskemaet. Halvtreds afdelinger behandlede akut cholecystitis. Behandlingen var afhængig af sygdomsvarigheden på 47 afdelinger. På 16 afdelinger blev behandlingen ændret fra laparoskopisk kolecystektomi til en anden ved en symptomvarighed på over fem dage. Når sygdomsvarigheden ikke oversteg det for den enkelte afdeling fastsatte antal dage fra symptomdebut til behandling, foretog man på 43 afdelinger laparoskopisk kolecystektomi, på tre afdelinger åben kolecystektomi, og på en afdeling anvendte man dræn i galdeblæren. Ved en længere sygdomsvarighed var strategien på 36 afdelinger primært konservativ behandling og senere elektiv kolecystektomi, på syv afdelinger anvendte man dræn i galdeblæren i det akutte stadium, på to afdelinger åben kolecystektomi og på en afdeling ingen operation eller dræn.

Diskussion: I overensstemmelse med referenceprogrammets anbefalinger anvendte man på de fleste afdelinger i Danmark laparoskopisk teknik ved operativ behandling af akut cholecystitis. Det var kun på en tredjedel af afdelingerne, at man i overensstemmelse med referenceprogrammet ændrede behandlingen af akut cholecystitis ved en symptomvarighed på over fem dage. Der var ligeledes en diskrepans mellem referenceprogrammets anbefaling og afdelingernes rutine vedrørende drænbehandling af akut cholecystitis.

Akut cholecystitis (AC) optræder oftest som en komplikation til galdestenssygdom. Mange kontakter til sekundærsektoren er foranlediget af denne sygdom, idet 3-9% af alle indlæggelser for akut abdomen [1] og 6-28% af alle kolecystektomier er foranlediget af AC [2]. Den teknologiske udvikling i de seneste årtier har medført nye metoder og strategier til behandling af AC. Med den nylige publikation af referenceprogram for behandling af patienter med galdestenssygdom [3] er der taget initiativ til en national standardisering af behandlingen for AC.

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er at beskrive standardbehandlingen for AC på danske kirurgiske afdelinger før publikation af referenceprogrammet [3] og at sammenligne denne med referenceprogrammets retningslinjer.

Materiale og metode

I efteråret 2002 blev spørgeskemaer om behandlingen af AC udsendt til alle kirurgiske afdelinger i Danmark, i alt 52 afdelinger.

Resultater

Alle afdelinger besvarede spørgeskemaerne. Patienter med AC blev behandlet på 50 af de 52 afdelinger. Behandlingen var afhængig af varigheden fra symptomdebut til iværksættelse af behandlingen på 47 afdelinger (**Tabel 1**) og uafhængig af symptomvarigheden på tre afdelinger. På 16 afdelinger blev behandlingen ændret fra laparoskopisk kolecystektomi til anden behandling ved en symptomvarighed på over fem dage (**Tabel 1**).

Når sygdomsvarigheden ikke oversteg det for den enkelte afdeling fastsatte antal dage fra symptomdebut til behandlingen iværksættes, var standardbehandlingen på 43 afdelinger laparoskopisk kolecystektomi, på tre afdelinger anvendte man åben kolecystektomi, og på en afdeling anvendte man ultralydvejledt anlagt dræn i galdeblæren og senere elektiv kolecystektomi (**Tabel 1**). Flere afdelinger har anført, at specielle forhold hos den enkelte patient og den enkelte behandlende læge kunne ændre behandlingen. På to afdelinger foretog man eksempelvis af og til primært åben kolecystektomi.

Oversteg sygdomsvarigheden det for afdelingen fastsatte antal dage fra symptomdebut til behandlingen iværksættes, blev patienterne på 36 afdelinger konservativt behandlet i det akutte stadium og fik senere foretaget elektiv kolecystektomi (**Tabel 2**).

For flere afdelingers vedkommende har man dog anført, at specielle forhold hos den enkelte patient kunne ændre behandlingsstrategien. På syv afdelinger anvendte man rutinemæssigt dræn, når sygdomsvarigheden oversteg det for den enkelte afdeling fastsatte antal dage fra symptomdebut til behandlingen iværksættelse (**Tabel 2**).

Behandlingen på tre afdelinger var uafhængig af sygdomsvarigheden. På de to af afdelingerne foretog man laparoskopisk kolecystektomi, idet patientens almentilstand dog kunne ændre behandlingen til drænage af galdeblæren og evt. efterfølgende operation. På en afdeling anlagde man dræn i galdeblæren i det akutte stadium og foretog senere laparoskopisk kolecystektomi.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Standardbehandlingen af akut cholecystitis på kirurgiske afdelinger, hvor symptomvarigheden definerede den valgte kirurgiske behandling. Tabellen viser behandlingsvalg, når symptomvarighed ikke oversteg fire, fem eller ti dage.

Symptomvarighed	≤4 dage	≤5 dage	<10 dage	Afdelinger i alt
Laparoskopisk kolecystektomi	8	8	27	43
Åben kolecystektomi	0	0	3	3
Ingen operation	0	0	0	0
Ingen operation og senere				
1) laparoskopisk kolecystektomi	0	0	0	0
2) åben kolecystektomi	0	0	0	0
Drænanlæggelse	0	0	0	0
Drænanlæggelse og senere				
1) laparoskopisk kolecystektomi	0	1	0	1
2) åben kolecystektomi	0	0	0	0
Afdelinger i alt	8	9	30	47

Tabel 2. Standardbehandlingen af akut cholecystitis på kirurgiske afdelinger, hvor symptomvarigheden definerede den valgte kirurgiske behandling. Tabellen viser behandlingsvalg, hvor symptomvarigheden oversteg fire, fem eller ti dage.

Behandling	Antal afdelinger
Laparoskopisk kolecystektomi	0
Åben kolecystektomi	2
Ingen operation	1
Ingen operation og senere	
1) laparoskopisk kolecystektomi	34
2) åben kolecystektomi	2
Drænanlæggelse	2
Drænanlæggelse og senere	
1) laparoskopisk kolecystektomi	4
2) åben kolecystektomi	1
Ikke anført på spørgeskemaet	1
Afdelinger i alt	47

Diskussion

Denne spørgeskemaundersøgelse viste, at ti år efter introduktionen af laparoskopisk kolecystektomi i Danmark er denne teknik etableret som den primære metode til behandling af AC.

Laparoskopisk kolecystektomi blev introduceret i 1985 af *Mube* [4], og i de efterfølgende år var metoden forbeholdt behandling af ukompliceret galdestenssygdom. Teknikken blev ikke anset for velegnet til behandling af AC, da indgrebet blev vurderet at være for teknisk krævende på grund af de mange anatomiske variationer og med samtidig inflammation i regionen. Mange kirurger beherskede desuden ikke den laparoskopiske teknik ved et indgreb af denne sværhedsgrad, og det laparoskopiske udstyr var på dette tidspunkt ikke udviklet til mere avancerede indgreb. I starten af 1990'erne blev de første små deskriptive studier fra udlandet publiceret om behandling af AC med laparoskopisk teknik, og ved en konsensuskonference i 1994 om emnet blev det konkluderet, at laparoskopisk kolecystektomi ved akut cholecystitis skulle udføres med stor forsigtighed og kun af erfarne team [5].

Udviklingen inden for den laparoskopiske kirurgi har dog siden været stor, og i mange deskriptive studier og nogle ikke-randomiserede sammenlignende studier er det vist, at laparoskopisk teknik kan anvendes med succes til behandling af AC.

Der foreligger aktuelt en randomiseret undersøgelse med laparoskopisk kirurgi over for åben kolecystektomi ved AC [6]. Dette studie havde en konverteringsrate på 16%. Morbiditet, indlæggelsestid og rekonvalescens var signifikant nedsat i den laparoskopiske gruppe sammenlignet med den åbne gruppe. I et ikke-randomiseret studie har man vist, at patienter over 75 år har kortere indlæggelsestid og nedsat rehabilitering ved laparoskopisk kolecystektomi end ved åben operation [7]. Litteraturen giver således belæg for, at AC med fordel kan behandles med laparoskopisk frem for med åben kolecystektomi.

Denne undersøgelse viste, at de fleste afdelinger har en behandlingsstrategi, der er afstemt i forhold til en på forhånd bestemt tidsperiode fra symptomdebut til diagnosen stilles. 34% ændrede behandlingsstrategien ved en symptomvarighed på over fem dage og 60% ved en symptomvarighed på mellem fem dage og ti dage.

Tidligere studier med konventionel åben kolecystektomi har vist, at vellykket operativ behandling af AC var afhængig af tiden fra symptomdebut til den operative behandling iværksattes. Således var mortalitet, morbiditet, indlæggelsestid og rekonvalescenslængde reduceret ved behandling inden for de første 3-4 dage efter symptomdebut sammenlignet med senere operation [8]. Der findes ingen randomiserede studier med laparoskopisk kolecystektomi inden for de første 3-5 dage efter symptomdebut over for subakut behandling efter 3-5 dage. Data fra otte retro- eller prospektive serier med i alt 1.560 patienter antyder, at laparoskopisk kolecystektomi inden for de første 3-5 dage reducerer den samlede indlæggelsestid og rekonvalescenslængden sammenlignet med senere operation [9-16]. Endvidere antyder data en samtidig betydelig øgning af konverteringsraten og morbiditeten ved subakut laparoskopisk kolecystektomi foretaget efter 3-5 dage [9-16]. Der foreligger to randomiserede studier med i alt 190 patienter behandlet med laparoskopisk kolecystektomi inden for 3-5 dage efter symptomdebut sammenlignet med elektiv operation 2-3 måneder efter symptomdebut [17, 18]. Disse to studier viste samstemmende, at tidlig laparoskopisk kolecystektomi reducerede indlæggelsestid og rekonvalescenslængde signifikant, mens der ikke var betydende forskel mellem grupperne med hensyn til konverteringsrate og morbiditet [17, 18].

Den tilgængelige litteratur støtter således, at AC behandles med subakut laparoskopisk kolecystektomi inden for de første 3-5 dage efter symptomdebut, og der er ikke nogen klinisk gevinst ved at vente 2-3 måneder med operationen. Effekten af laparoskopisk kolecystektomi foretaget 5-10 dage efter symptomdebut over for senere elektiv operation er ikke undersøgt.

Denne spørgeskemaundersøgelse viste, at man på nogle afdelinger rutinemæssigt anvendte perkutant dræn i galdeblæren ved AC. Der eksisterer kun et enkelt randomiseret studie [19] og en kontrolleret undersøgelse uden randomisering [20], hvor man sammenlignede anlæggelse af dræn i gal-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

deblæren over for ingen drænanlæggelse. Disse undersøgelser viste samstemmende, at perkutan anlæggelse af dræn i galdeblæren ved AC hos både lav- og højrisikopatienter ikke nedbragte mortalitet og komplikationsrate sammenlignet med konservativ behandling [19, 20]. Forfatterne kunne konkludere, at drænbehandling fortrinsvis bør reserveres til patienter med betydelig øget operativ risiko [20].

Sammenfattende viste undersøgelsens resultater, at den operative behandling af AC på næsten alle afdelinger i Danmark var laparoskopisk kolecystektomi, hvilket er i overensstemmelse med referenceprogrammets anbefaling. Indgrebet bør dog foretages af en erfaren laparoskopikirurg, de kirurgiske retningslinjer for indgrebet skal følges, og reglerne for konvertering til åben operation overholdes. På de fleste afdelinger har man en behandlingsstrategi, der er afstemt med tidsperioden fra symptomdebut til behandlingen iværksættes. Det var dog kun på en tredjedel af afdelingerne, at behandlingsstrategierne var i overensstemmelse med referenceprogrammet, og behandlingen blev ændret ved en symptomvarighed på over fem dage. Laparoskopisk kolecystektomi senere i den akutte fase kan medføre en øget risiko for komplikationer og konvertering til åben operation. Det er dog uafklaret, om laparoskopisk kolecystektomi udført 5-10 dage efter symptomdebut bør foretrækkes frem for konservativ behandling og senere elektiv kolecystektomi. På nogle afdelinger anvendtes rutinemæssigt perkutant dræn i galdeblæren. Dette er ikke i overensstemmelse med referenceprogrammet. Behandlingen med ultralydvejledt perkutant dræn i galdeblæren skal formentlig forbeholdes specielle grupper af patienter, men de tilgængelige data i litteraturen er sparsomme vedrørende dette. Fremtidige undersøgelser må afklare den optimale timing for operation i den akutte fase af AC og indikationen for anvendelse af dræn i galdeblæren ved AC.

Korrespondance: *Viggo B. Kristiansen*, Kirurgisk afdeling D, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup.

Antaget den 28. august 2003.

Amtssygehuset i Glostrup, Kirurgisk Afdeling D, Gastroenterologisk Sektion, og Amtssygehuset i Gentofte, Kirurgisk Afdeling D.

Litteratur

1. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA* 2003;289:80-6.
2. Feldman LS, Medeiros LE, Hanley J et al. Does a special interest in laparoscopy affect the treatment of acute cholecystitis? *Surg Endosc* 2002;16:1697-703.
3. Sekretariatet for referenceprogrammer. Referenceprogram for behandling af patienter med galdestenssygdom. København: SFR, 2002.
4. Muhe E. Long-term follow-up after laparoscopic cholecystectomy. *Endoscopy* 1992;24:754-8.
5. The E.A.E.S consensus development conferences on laparoscopic cholecystectomy, appendectomy, and hernia repair. *Surg Endosc* 1995;9:550-63.
6. Kiviluoto T, Sirén J, Luukkonen P et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet* 1998;351:321-5.
7. Pessaux P, Regenet N, Tuech JJ et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001;11:252-5.
8. Hunter JG. Acute cholecystitis revisited: get it while it's hot. *Ann Surg* 1998;227:468-69.
9. Lo CM, Liu CL, Lai EC et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Ann Surg* 1996;223:37-42.
10. Koo KP, Thirlby RC. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. What is the optimal timing for operation? *Arch Surg* 1996;131:540-4.
11. Bickel A, Rappaport A, Kaniewski V et al. Laparoscopic management of acute cholecystitis. Prognostic factors for success. *Surg Endosc* 1996;10:1045-9.
12. Garber SM, Korman J, Cosgrove JM et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Surg Endosc* 1997;11:347-50.
13. Eldar S, Sabo E, Nash E et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World J Surg* 1997;21:540-5.
14. Eldar S, Eitan A, Bickel A et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg* 1999;178:303-7.
15. Navez B, Mutter D, Russier Y et al. Safety of laparoscopic approach for acute cholecystitis: retrospective study of 609 cases. *World J Surg* 2001;25:1352-56.
16. Pessaux P, Tuech JJ, Rouge C et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Surg Endosc* 2000;14:358-61.
17. Lai PB, Kwong KH, Leung KL et al. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 1998;85:764-67.
18. Lo CM, Liu CL, Fan ST et al. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg* 1998;227:461-7.
19. Hatzidakis AA, Prassopoulos P, Petinarakis I et al. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment. *Eur Radiol* 2002;12:1778-84.
20. Kim KH, Sung CK, Park BK et al. Percutaneous gallbladder drainage for delayed laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. *Am J Surg* 2000;179:111-3.