

# Galdeblæresten – hvem skal tilbydes operation?

## LEDER

Niels Qvist

Ugeskr Læger  
2016;178:V68094

Stadig flere danskere får påvist galdeblæresten bl.a. som følge af den stigende anvendelse af abdominal billediagnostik. Selv om de fleste galdeblæresten er asymptomatiske, vil nogle personer dog senere i livet få galdestensanfald og færre vil få en alvorlig komplikation. I dette nummer af Ugeskrift for Læger gør *Rasmussen et al* [1] status over den aktuelle viden om risikoen. Ca. en fjerdedel af patienterne med tilfældigt diagnosticeret galdesten vil opleve galdestensanfald inden for en observationsperiode på ti år, mens risikoen for, at der udvikles komplikationer er langt mindre og i størrelsesordenen 1-2%. De patienter, der får galdestensanfald, er således den største ufordring mht. stillingtagen til operation med kolecystektomi eller blot fortsat observation.

Kolecystektomiraten har gennem de seneste mange år været stærkt stigende i den vestlige del af verden, det gælder også i Danmark. Således var der en kraftig stigning (på ca. 50%) i forbindelse med introduktionen af den laparoskopiske kolecystektomi [2], og det kan ikke udelukkes, at en væsentlig faktor har været et skred i indikationen, fordi man nu havde fået en ny teknik, der var mindre invasiv og dermed mere patientvenlig. Problemet var dog, at risikoen for dyb galdegangslæsion forblev uændret, således at det faktiske antal patienter, som fik denne invaliderende komplikation, steg. Noget af forklaringen på stigningen i kolecystektomiraten kan også have været en mindre tærskel for at tolerere galdestensanfald hos patienterne, idet operationsfrekvensen er fortsat med at stige også i de seneste år. Den øgede kapacitet med oprettelse af dagkirurgiske centre og dermed mindre ventetid er også en potentiel risikofaktor, hvor der ubevidst måske fokuseres mere på produktion end evidens. En national klinisk retningslinje ville være ønskelig.

Der er således en risiko for, at vi overbehandler patienter med galdeblæresten. Selv om frekvensen af fortsatte postoperative abdominalgener ligger på 20-40% er der dog en høj patienttilfredshed ved operationen på omkring 80-90%. Et af problemerne i den sammenhæng er, at man ikke kender patogenesen ved galdestensanfald, og de »typiske galdestensanfald« er derfor dårligt defineret. Den generelle opfattelse er, at galdestensanfaldet er udløst af galdegangsubstruktion. Denne teori er blevet efterprøvet i et tidligere dansk studie [3], hvor man ved induceret trykstigning i galdeblæren gennem et perkutant anlagt dræn hos patienter med akut kolecystitis kunne udløse smerter i epigastriet

og under højre kurvatur, men kun sjældent observerede udstråling til ryggen og videre til scapula, hvilket almindeligvis er inkluderet i definitionen på det klassiske galdestensanfald. I et andet studie fandt man ingen korrelation mellem manglende galdeblærefunktion og symptomer efter henholdsvis kolecystektomi og observation [4].

En anden indikation for kolecystektomi kunne være forebyggelse af alvorlige komplikationer såsom kolecystitis eller galdestensudløst pankreatitis, men for det første er disse komplikationer sjældne, og i mere end halvdelen af tilfældene forekommer de hos patienter med uerkendt galdesten. I enkelte kohortestudier har man påvist en let øget risiko for udvikling af galdeblærecancer ved tilstedeværelse af galdesten, men i en nyligt publiceret registerundersøgelse fra Sverige har man ikke kunnet påvise nogen korrelation mellem de regionale forskelle i kolecystektomiraten og forekomsten af galdeblærecancer [5].

Der er således ingen generelt accepterede retningslinjer for, hvilke patienter med symptomgivende galdesten der bør tilbydes kolecystektomi. Der er grund til at formode, at frekvensen i øjeblikket er for høj, og der er som påpeget af *Rasmussen et al* [1] et stort behov for en større samlet kohorteundersøgelse af kolecystektomi versus afventende observation hos patienter med galdestensanfald. Det vil dog være et projekt, der kræver betydelige ressourcer, som det kan være vanskeligt eller umuligt at tilvejebringe. Indtil da må man anbefale en mere konservativ tilgang i samråd med patienten og løbende monitorere på effekten gennem registerbaseret forskning inklusive en »genoplivning« af den nedlagte galdedatabase i en anden form.

## LITTERATUR

1. Rasmussen M, Schultze S, Bisgaard T. Begrænset evidens for bedste behandling af ukompliceret galdestenssygdom. *Ugeskr Læger* 2016;178:V08150693.
2. Ainsworth AP, Adamsen S, Rosenberg J. Kolecystektomi i Danmark 1989-2003. *Ugeskr Læger* 2005;167:2648-50.
3. Middelfart HV, Jensen P, Højgaard L et al. Pain patterns after distension of the gallbladder in patients with acute cholecystitis. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:982-7.
4. Larsen TK, Qvist N. The influence of gallbladder function on the symptomatology in gallstone patients, and the outcome after cholecystectomy or expectancy. *Dig Dis Sci* 2007;52:760-3.
5. Noel R, Arnelo U, Lundell L et al. Does the frequency of cholecystectomy affect the ensuing incidence of gallbladder cancer in Sweden? *World J Surg* 2016;40:66-72.

## KORRESPONDANCE:

Niels Qvist,  
Kirurgisk Afdeling A,  
Odense Universitets-  
hospital. E-mail:  
famqvist@dadlnet.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk