

# Primær laparoskopisk adgang ved akut stor abdominalkirurgi – et stykke vej endnu!

## LEDER

Niels Qvist

Ugeskr Læger  
2017;179:V69268

Den laparoskopiske kirurgi har kun i begrænset omfang vundet indpas i den akutte abdominalkirurgi, når der ses bort fra appendektomi og kolecystektomi. Det er der mange oplagte grunde til. En af de væsentligste er en udtalt diversitet af sygdomme og tilstande hos patientgruppen, hvilket gør det vanskeligt at indføre behandlingsmæssige standarder og udføre regelrette videnskabelige undersøgelser. Randomiserede undersøgelser vil være en udfordring og vil bedst kunne udføres hos selekterede patienter som f.eks. patienter med perforeret divertikulitis. En anden forudsætning, der må være opfyldt, er kompetencer hos kirurgerne og det øvrige personale.

Der er dog ingen tvivl om, at en primær laparoskopisk adgang kan have sine styrker, ikke mindst hvis operationen også kan fuldføres laparoskopisk. Patienten vil kunne drage fordel af færre sårproblemer og kortere indlæggelsesvarighed. En potentiel fordel vil dog være afhængig af mange faktorer som konverteringsrate, risiko for overset patologi og procedurerelaterede komplikationer.

Det er derfor rosværdig, at *Nielsen et al* over en etårig periode har undersøgt omfanget og resultatet af primær laparoskopisk adgang hos patienter, som har gennemgået stor akut abdominalkirurgi i hovedstadsregionen [1] (dette nummer af Ugeskrift for Læger, side 1475). Valget mellem primær laparoskopisk eller åben adgang var udelukkende kirurgens, hvilket naturligvis udgør en fejlkilde. Går man lidt dybere i tallene, var patienterne i den primært åbne gruppe mere skrøbelige målt på American Society of Anesthesiologists score, performancestatus og sepsis-score end patienterne i den laparoskopiske gruppe. Forskellen var signifikant for alle tre parametre, hvilket giver risiko for at stille den åbne operation i et unødigt dårligt lys.

I 27% af tilfældene blev operationen indledt laparoskopisk. Konverteringsraten var høj (63%), og derfor var det kun hos 10% af den samlede population muligt at fuldføre operationen laparoskopisk. Umiddelbart ser det ud som om, det var en fordel for disse patienter, da indlæggelsestiden var kortere, og der var færre sårproblemer. Et andet positivt fund var, at der ikke var nogle væsentlige forskelle i forløbet mellem dem, der blev konverteret, og dem, der blev primært åbent opereret. Derfor er det nok korrekt, som forfatteren anfører, at metoden med pri-

mær laparoskopisk adgang var sikker og ikke udgjorde nogen fare for patienterne. Men der er en risiko for, at resultatet kan skyldes selektionsbias. Der var dog kun få utilsigtede hændelser i form af iatrogen perforation af tarmen, der kunne tilskrives den laparoskopiske procedure. Det kan nu også ske ved åben operation, men det fremgår ikke af artiklen. Konverteringsraten bliver ofte undskyldt i publikationerne, specielt hvis de er lidt høje. En høj konverteringsrate vidner dog efter min mening om høj ansvarlighed hos kirurgerne, som ved den strategi forsøger at eliminere unødvendig risiko for patienten.

Visse patientgrupper egner sig nok bedre end andre til primær laparoskopisk adgang. Mest oplagte synes at være patienter, der har fået påvist fri luft. Det kan være svært eller vanskeligt præoperativt at afgøre, hvad der er den tilgrundliggende årsag. Ved perforeret ulcus er der temmelig god evidens for primær laparoskopisk adgang [2]. Det samme gør sig gældende for den perforerede divertikulitis, hvor der kun findes en purulent peritonitis. Her kan indgrebet begrænses til peritoneal toilette, postoperativ drænage og antibiotika. Resultaterne er divergerende, og langtidsresultaterne for udvikling af senkomplikationer er ikke tilstrækkeligt undersøgt. Et andet problem er risikoen for at overse en coloncancer [3]. Endelig er der traumer, hvor en primær laparoskopisk adgang kan spare knap halvdelen af patienterne med penetrerende traumer for en laparotomi [4].

Der er således mange ubesvarede spørgsmål, og der er et stort behov for fortsat forskning på området. Det er svært og kræver prospektive undersøgelser med mulighed for retrospektiv journalgennemgang og patientopfølgning. Det sidste er nærmest blevet en umulighed, som man for øjeblikket fortolker den nye sundhedslov. Hvis det ikke ændres, kommer det til at gå ud over både patienter og samfund!

## LITTERATUR

1. Nielsen LBJ, Tengberg LT, Bay-Nielsen M. Laparoscopy in major abdominal emergency surgery seems to be a safe procedure. *DMJ* 2017; 64(5):A5370.
2. Tan S, Wu G, Zhuang Q et al. Laparoscopic versus open repair for perforated ulcer. *Int J Surg* 2016;33:124-32.
3. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C et al. Laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis. *JAMA* 2015;314:1364-75.
4. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Gumber AO et al. Laparoscopy versus laparotomy for the management of penetrating abdominal trauma. *Int J Surg* 2016;34:127-36.

## KORRESPONDANCE:

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

## INTERESSEKONFLIKTER:

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