Operation for akut kolecystitis kan foretages, når patient og kirurg er klar til det

LEDER

Jacob Rosenberg

Ugeskr Læger
2018;180:V69818

Behandlinger af akut kolecystitis foretages rutinemæssigt som laparoskopisk kolecystektomi udført få dage efter symptomdebut. Det optimale tidspunkt for operation har været diskuteret gennem en årrække, og i det danske referenceprogram for behandling af galdestenssygdom, der er fra 2002 og opdateret i 2006 [1], anbefalede man at foretage laparoskopisk kolecystektomi inden for fire døgn efter symptomdebut. Ved anamnesevarighed på 5-8 døgn kunne man vælge mellem kolecystektomi eller konservativ behandling, og ved en anamnese på mere end otte døgn anbefalede man konservativ behandling, medmindre der var tegn på uændret eller forværret tilstand. I en ny statusartikel har forfatterne gennemgået evidensen for operation i op til syv dage efter symptomdebut [2]. Spørgsmålet er derfor, om det er tid til at ændre på anbefalingerne i referenceprogrammet.

Anbefalingerne i referenceprogrammet udsprang af sparsomme videnskabelige data, som viste reduktion i morbiditet, konverteringsrate og rekonvalescens ved operation inden for fire døgn versus senere. Der er dog siden tilkommet en række studier, hvor operation op til syv dage efter symptomdebut ser ud til at være et sikkert valg [2]. Anbefalingerne i referenceprogrammet skal imidlertid også ses i et historisk perspektiv, idet man efter en publiceret rapport [3] havde været igennem ret voldsomme diskussioner i fagkredse og dagspressen om risikoen for dybe galdevejslæsioner ved laparoskopisk kolecystektomi. Samtidig må man nok erkende, at ekspertisen inden for laparoskopisk operationsteknik dengang ikke var på samme højde som i dag, hvor det er en fuldstændig integreret og naturlig del af den kirurgiske hverdag. Unge kirurger i dag har en helt naturlig tilgang til den laparoskopiske teknik og er oftest mere rutinerede i laparoskopisk end i åben kirurgi.

Der er i dag en stram organisation, hvor man meget tidligt i operationen tilkalder hjælp ved operative vanskeligheder, og laparoskopisk kolecystektomi foregår vanligvis på et højt erfaringsniveau. I de publicerede artikler er det uden øget risiko for patienterne at blive opereret op til syv dage efter symptomdebut, og hvis dette sammenholdes med det meget høje niveau for teknisk operative færdigheder ved laparoskopisk kirurgi i Danmark, kan man formentlig udvide tidsintervallet til mere end syv dage, hvis den kirurgiske ekspertise er til rådighed lokalt. Der foreligger ikke randomiserede studier, hvor man har undersøgt operation f.eks. op til 14 eller 21 dage efter symptomdebut.

De kirurgiske udfordringer ved sen operation efter symptomdebut er, at der i løbet af de første dage til uger kommer adhærencer til galdeblæreområdet og måske endog til området, der indeholder de dybe galdeveje og arterieforsyningen. I starten er disse adhærencer såkaldt »bløde« og kan derfor rimelig nemt adskilles uden læsioner. Senere i forløbet vil adhærencerne typisk blive mere fastvoksede med deraf øget risiko for organlæsion ved den laparoskopiske dissektion. Ved laparoskopisk operation er der for gennemsnitskirurgen ikke helt samme grad af haptisk feedback (dvs. at man kan mærke organerne gennem instrumenterne), og muligheden for at opdage og reparere eventuelle læsioner er formentlig bedre ved åben kirurgi. Dette er baggrunden for, at man ved vanskelig operationsteknik eller peroperative komplikationer vælger at konvertere til åben operation for at kunne gennemføre operationen uden øget risiko for patienten.

Samlet set synes det at være tid til at revidere de nationale anbefalinger fra referenceprogrammet fra 2006. Der er tydelige resultater, der tyder på ukompliceret operation op til syv dage efter symptomdebut, og dette sammenholdt med det høje niveau for kirurgisk operativ laparoskopisk ekspertise gør, at man i mange tilfælde kan tillade sig at operere selv ud over de syv dage. Hvis patientens symptomer er på retur eller forsvundet, er det rationelt at vente med operation i måske 2-3 måneder, hvor de intraabdominale forandringer givetvis er mere fremkommelige. Hvis patienten imidlertid fortsat har symptomer, kan man formentlig operere uanset varigheden af sygdommen, hvis den lokale ekspertise er til rådighed.

LITTERATUR

1. Referenceprogram for behandling af patienter med galdestenssygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2006. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2006/referenceprogram-for-behandling-af-patienter-med-galdestenssygdomme-udarbejdet-af-en-arbejdsgruppe-nedsat-af-sfr (14. feb 2018).
2. Bohm AM, Westen M, Bisgaard T. Evidens for laparoskopisk kolecystektomi i op til syv dage efter akut kolecystitis. Ugeskr Læger 2018;180: V11170827.
3. Jørgensen T. Behandling af patienter med galdesten – en medicinsk teknologivurdering. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering 1999. https://www.sst.dk/da/udgivelser/1999/behandling-af-patienter-med-galdesten (14. feb 2018).

KORRESPONDANCE:
Jacob Rosenberg, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital.
E-mail: jacob.rosenberg@regionh.dk

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