

---

# Den laparoskopiska kirurgins årtionde

Det är flera årtionden sedan många av de traditionella kirurgiska ingreppen presenterades för första gången, och metoderna har endast finslipats under åren. Under en lång tid var förbättringar av resultaten inom kirurgin till stor del beroende av framsteg inom andra områden, bl.a. anesthesiologi, intensivvård, vätskebehandling, antibiotikabehandling och trombosprofylax.

Laparoskopin, visualisering av bukhålan, som diagnostiskt hjälpmedel är känd sedan början av århundradet. Tack vare videoteknikens utveckling har det blivit möjligt att med hjälp av laparoskop utföra traditionella kirurgiska ingrepp utan att öppna buken med ett laparotomisnitt. En liten kamera kopplad till laparoskopet förmedlar bilden till en bildmonitor, vilket möjliggör att både huvudoperatören och assistenterna kan delta i operationen. Detta har gjort det möjligt att utveckla allt mer avancerade laparoskopiska operationer. Samtidigt har nya instrument och ny apparatur utvecklats för denna teknik. De nya metoderna kallas även miniinvasiv kirurgi eller videoassisterad kirurgi, eftersom en del av ingreppen utförs i andra kroppshålor än buken eller i konstgjort utvidgade vävnadsmellanrum. Titthålskirurgi är en benämning som ibland förekommer.

Det började i slutet av 1980-talet med den första laparoskopiska kolecystektomin. Och sedan den första snöbollen sattes i rullning har den kirurgiska världen sett en aldrig tidigare skadad utveckling, vars ände ännu inte kan ses. Aldrig tidigare i modern kirurgi, kanske rentav inte inom hela medicinen, har en ny behandlingsform inom några år fått en sådan spridning världen över som den laparoskopiska kirurgin. Detta har dessutom

skett utan adekvata randomiserade studier, vilket är emot överenskommen praxis inom medicinen.

Utvecklingen har kunnat äga rum trots att de nya metoderna inneburit att etablerade kirurger varit tvungna att lära sig en helt ny operationsteknik. I traditionell kirurgi har vävnadskänslan i fingrarna stor betydelse, och man betraktar operationsfältet tredimensionellt med egna ögon. Laparoskopisk kirurgi innebär ett helt nytt sätt att arbeta. Operationsområdet kan ses förstorat men tvådimensionellt i en monitor och kirurgen hanterar vävnaderna med långa instrument med rätt liten vävnadskänsla.

Det var i främsta hand gynekologerna som tidigare använde laparoskopi för diagnostik, medan kirurgerna i huvudsak har lett utvecklingen av den operativa laparoskopin. Många operationer som ännu på 1980-talet utfördes via laparotomi utförs i dag laparoskopiskt. Patienterna har mindre smärta, sårkomplikationerna är färre och det kosmetiska resultatet är bättre än efter laparotomi. Sjukhusvistelsen och sjukskrivningen är kortare. Många ingrepp utförs som korteftervårdskirurgi, en del t.o.m. som dagkirurgi. I dag utförs en stor del av galloperationerna i vårt land laparoskopiskt, t.o.m. en del av koledokusingreppen. Binjure-

## FÖRFATTAREN

*Docent Caj Haglund är specialistläkare i gastroenterologisk kirurgi vid Helsingfors universitetscentralsjukhus.*

---

tumörerna kan i de flesta fall avlägsnas miniinvasivt. Refluxkirurgin, som innebär att en slutarmekanism konstrueras runt distala delen av esofagus, en s.k. Nissens fundoplikation, görs i de flesta fall laparoskopiskt. Även obesitaskirurgin kan med framgång utföras laparoskopiskt. Patienter med oklara smärtor i nedre delen av buken, framför allt unga kvinnor, har nytta av en diagnostisk laparoskopi. Om blindtarmen är inflammerad, avlägsnas den laparoskopiskt. Om magsmärtorna däremot beror på sjukdom som inte kräver operation undviker man onödig laparotomi. Laparoskopiskt utförda ljumsckbräcksoperationer har vissa fördelar framför operationer utförda via öppet snitt i ljumsken. Också gynekologerna utför i dag rutinmässigt ett flertal laparoskopiska operationer.

Alla ovannämnda ingrepp är exempel på operationer som redan har en plats i rutinerna på väl-försedda sjukhus i landet. Andra operationer, såsom tarmkirurgi, har ännu inte visats vara bättre än traditionell kirurgi. De bör därför utföras enbart på kliniker som utför studier av laparoskopins för- och nackdelar jämfört med motsvarande öppna metod. Laparoskopins roll i cancerkirurgin är omstridd. Som diagnostiskt hjälpmedel är metoden mycket användbar, men dess användbarhet vid stora canceroperationer bör utredas i omfattande studier. Patienternas möjligheter att tillfriskna från sin sjukdom får inte äventyras.

Den laparoskopiska kirurgin har vunnit insteg med sådan fart och styrka att vedertagna princi-

per för utvärdering av nya metoder och behandlingsformer helt har förbigåtts. I stället har resultatet av laparoskopiska operationer jämförts med resultat av tidigare utförda öppna operationer. Endast ett fåtal randomiserade studier som jämför laparoskopiska operationer med öppen kirurgi har rapporterats, och kravet från patienterna att få välja den nya metoden gör det praktiskt taget omöjligt att ställa upp sådana studier. För att kontrollera resultatet av de första laparoskopiska ingreppen på olika sjukhus, har laparoskopiska register grundats i flera länder, bl.a. ett register för laparoskopiska galloperationer i Finland. Registret har skötts av en arbetsgrupp för laparoskopisk kirurgi. Samma arbetsgrupp har till stor del stått för utbildningen i laparoskopisk kirurgi i Finland under pionjäråren.

De nya operationsmetoderna har å ena sidan medfört ökade kostnader för sjukvårdssystemet, men å andra sidan lett till betydande inbesparingar och fördelar för den enskilda patienten samt enorma inbesparingar för arbetsgivarna och sjuk-kassorna i form av förkortade sjukskrivningar. I detta temanummer får läsarna bekanta sig med de vanligaste laparoskopiska operationerna.

Caj Haglund  
Kirurgiska kliniken  
Helsingfors universitetscentralsjukhus  
PB 262  
00029 Helsingfors