
Laparoskopisk appendektomi

Simo Laine

Appendicit är en allmän kirurgisk sjukdom där den kliniska diagnosens träffsäkerhet ofta är dålig. Ett laparoskopiskt ingrepp gör diagnosen säkrare vid misstanke om appendicit, minskar onödiga appendektomier och gör det möjligt för patienten att återhämta sig snabbare efter åtgärden.

Operation av blindtarmsbihanget, dvs. appendektomi, på grund av akut appendicit är en av de vanligaste kirurgiska åtgärderna. Det har uppskattats att var sjätte människa undergår en appendektomi (1). Incidensen av akut appendicit är högst hos 10–19-åringar, medan komplikationsrisken är högst hos ålderstigna människor (2). Under de senaste decennierna har dödligheten i anslutning till appendektomi sjunkit och är så gott som obefintlig. Däremot är morbiditeten vid appendicit inte alls obetydlig. Dessutom lider en del av de patienter vars appendix avlägsnats i onödan av sårinfektioner, utdragen sjukhusvård och fördröjd återgång till normalt aktivt liv (2).

Vid misstanke om akut appendicit fattas operationsbeslutet ofta utifrån den kliniska undersökningen. Den kliniska diagnosens träffsäkerhet är dålig; i omfattande undersökningsmaterial har feldiagnosernas andel rapporterats vara så mycket som 20–30 procent (3). Hos kvinnor i fertil ålder är diagnosens träffsäkerhet ännu sämre, till och med bara av storleksordningen 50 procent (4).

Att avlägsna en oinflammerad appendix beskrevs först av den tyska gynekologen Kurt Semm år 1983 (5). År 1987 rapporterade Schreiber sina egna erfarenheter med laparoskopisk behandling av appendicit (6). Till en början användes laparoskopi som ett diagnostiskt instrument för att minska antalet onödiga operationer av intakta blindtarmsbihang och för att skärpa diagnostiken vid smärtor i nedre delen av buken.

Indikationer

Vid misstanke om appendicit är en laparoskopisk approach särskilt motiverad för unga kvinnliga patienter men också hos

mycket feta, för vilka den kliniska diagnosen likaså är rätt svår och hos vilka man vid en öppen operation ofta blir tvungen att göra ett stort operationsnitt. Även kronisk högersidig bukbottensmärtla är en indikation för laparoskopisk appendektomi, eftersom man då samtidigt får tillfälle att inspektera bukorganens tillstånd bättre och i större utsträckning. Orsaken till högersidig bukbottensmärtla kan vara kronisk appendicit. Som absolut kontraindikation anses pågående strålbehandling och immunsuppression (7). Relativa kontraindikationer är tidigare bukoperationer, koagulationsrubbningar, svår leversjukdom, periappendikulär abscess samt graviditet (7)

Teknik

Den viktigaste skillnaden tekniskt mellan traditionell öppen och laparoskopisk appendektomi ligger i approachen. En laparoskopisk appendektomi görs i generell anestesi, i början av den får patienten metronidazol 500 mg i.v. Operationen utförs med patienten i lätt Trendelenburgsläge. Vanligen används tre operationsportar, en för kameran och två för instrument. Kameran förs in genom en port 10 mm i diameter som anlagts något ovanför naveln och dessutom anläggs en port 12 mm i diameter lateralt nere till vänster på buken och en port 10 mm i dia-

FÖRFATTAREN

MD Simo Laine är gastroenterologisk kirurg vid Åbo universitetscentralsjukhus.

meter i mittlinjen alldeles ovanför symfyssen. Placeringen av portarna långt från appendix ger bättre arbetsutrymme för instrumenten i buken. Även andra möjligheter finns men den ovan beskrivna är enligt författarens egen erfarenhet en god lösning.

Först görs en diagnostisk laparoskopi. Om appendix verkar normal och en orsak till den högersidiga buksmärtan samtidigt kan ses, kan appendix lämnas kvar. Om däremot ingen annan orsak till smärtan kan konstateras avlägsnas appendix även om den verkar normal. Vid själva operationen av appendix kan många olika tekniker användas. Vanligen avlägsnas appendix så att ett litet hål prepareras vid dess rot i mesenteriet och appendix bas samt mesenteriet antingen ligeras eller tillsluts och avskärs med direkttillslutningsapparaten Endo-GIA genom hålet. Mesenteriets kärl kan även tillslutas med metallclips. Efter detta tas appendix ut genom arbetsporten utan kontamination av såret. Man kan även använda en s.k. endopåse om appendix spruckit. Bihangets stump fälls inte in vid en laparoskopisk operation.

För- och nackdelar

Många kirurger har förhållit sig skeptiska till fördelarna med laparoskopisk appendektomi eftersom den traditionella appendektomin förknippats med blott få problem. Den laparoskopiska appendektomins fördelar har dock visats i flera rapporter: kortare sjukhusvård, snabbare återgång till det aktiva livet, mindre risk för särinfektion samt bättre kosmetiskt resultat (8,9). Den enda egentliga nackdelen är att laparoskopisk appendektomi tar längre tid. Man har även misstänkt att laparoskopisk appendektomi skulle vara förknippad med mera intraabdominella abscesser, men statistiskt belägg för detta finns inte enligt en färsk metaanalys (10). Det har fått mindre uppmärksamhet i de flesta publika-

tioner att laparoskopi erbjuder en betydande skärpning av diagnostiken, i synnerhet hos unga kvinnliga patienter, där man mycket ofta i laparoskopi kan konstatera en annan sjukdom än akut appendicit som orsak till högersidiga bukbottensmärter (11).

En laparoskopisk approach erbjuder betydande fördelar i diagnostiken och behandlingen av akut appendicit i synnerhet hos unga kvinnliga och feta patienter samt alltid när diagnosen är osäker.

Simo Laine
Kirurgiska kliniken
Åbo universitetscentralsjukhus
Kinakvarngatan 4-8
20520 Åbo

Litteratur

1. Anderson RE, Hugander A, Thulin AJG. Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: association with age and sex of the patient and with appendectomy rate. *Eur J Surg* 1992; 158: 37-41.
2. Hoffman J, Rasmussen OO. Aids on the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1989; 76: 774-779.
3. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dunphy JE. Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg* 1975; 110: 677-684.
4. Pieper R, Kager L, Näsman P. Acute appendicitis: a clinical study of 1018 cases of emergency appendectomy. *Acta Chir Scand* 1982; 148: 51-62.
5. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
6. Schreiber JH. Early experience of laparoscopic appendectomy in women. *Surg Endosc* 1987; 1: 211-216.
7. Fitzgibbons RJ Jr, Ulualp KM. Laparoscopic appendectomy. In Nyhus LM, Baker RJ, Fischer JE (eds): *Master of Surgery*. Boston, Little, Brown & Co, 1996, pp 1412-1419.
8. Attwood SE, Hill AD, Murphy PG, Thornton J, Stephens RB. A prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Surgery* 1992; 112: 497-501.
9. McAnena OJ, Austin O, O'Connell PR, Hedermann WP, Gorey TF, Fitzpatrick J. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective evaluation. *Br J Surg* 1992; 79: 818-820.
10. Golub R, Siddiqui F, Pohl D. Laparoscopic versus open appendectomy: a meta-analysis. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 545-553.
11. Laine S, Rantala A, Gullichsen R and Ovaska J. Laparoscopic appendectomy—is it worthwhile? A prospective randomized study in young women. *Surg Endosc* 1997; 11: 95-97.