
Skal laparoskopi etableres som rutinemetode for elektiv splenektomi?

REDAKSJONELT

TRONDSEN E

Laparoskopisk operasjon har mange fordeler ved splenektomi, men forutsetter stor laparoskopisk erfaring

Hensikten med laparoskopisk metode ved ulike kirurgiske inngrep er først og fremst bedre pasienttoleranse og dernest reduserte utgifter for sykehus og samfunn.

Fjerning av milt laparoskopisk synes umiddelbart å kunne gi slike gevinster. Pasientenes eneste postoperativeproblem er i prinsippet relatert til sårsmarter. Siden de første meddelelser om laparoskopisk splenektomi frabegynnelsen av 1990-årene er det publisert en rekke pasientmaterialer som synes å bekrefte dette (1-7), slik det også er vist av Glomsaker og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (8).

Noen forfattere har sammenliknet resultater ved laparoskopisk operasjon med resultatene hos pasienter operert åpent samme tidsrom eller med historiske kontrollpasienter (1, 5, 6). Det registreres tidligere peroral ernæring, mindreforbruk av analgetika og kortere liggetid etter laparoskopisk operasjon.

Transfusjonsbehov og morbiditet synes mindre enn blant åpent opererte, og det er kun rapportert ett dødsfall perioperativt blant i alt 220 pasienter i de refererte seriene.

Konverteringsraten var 3,6%, og inntraff vesentlig på grunn av hemostaseproblemer. Dette tallet er likevel så lavt at fordelene med denne type prosedyre ikke forringes.

Det er ikke gjennomført randomiserte studier på forskjellen mellom åpen og laparoskopisk splenektomi. Dette er dels begrunnet i at pasienttilgangen er relativt liten. Ved Ullevål sykehus er det i årene 1992-98 utført gjennomsnittlig seks elektive splenektomier per år hos voksne pasienter. Pasientgrunnlaget varierer fra ellers friske pasienter med idiopatisk trombocytopeni til sterkt immunosupprimerte pasienter og pasienter med malign grunnsykdom. Det kan dermed være stor forskjell i generell tilstand og komorbiditet (9). Det er følgelig usikkert om randomiserte studier kan og vil bli gjort. De presenterte pasientseriene og sammenliknende seriene synes imidlertid klart å bekrefte laparoskopis fordelene ved splenektomi.

Laparoskopi gir ikke samme mulighet for intraabdominal palpasjon som åpen operasjon, og det er reist tvil om manoverser flere bimilter ved laparoskopisk operasjon. Antall bimilter funnet ved laparoskopi er i flere serier færre enn ved åpen operasjon (2, 3, 8, 9). Andre finner imidlertid ingen forskjell (1). Bimilter finnes først og fremst imilthilus, ved pancreashalen, i ligamentum gastrocolicum, det store oment og i relasjon til venstre colon (2), og disseområdene må derfor rutinemessig eksplorerer. Bimilter kan være skjult av peritoneum og fett, for eksempel i mesocolon, og ikke tilgjengelig for visuell deteksjon (2). Ved påvisning av gjenværende miltvev har laparoskopisk reoperasjon vist seg hensiktsmessig (5).

Ved laparoskopiske operasjoner er det vanlig å benytte relativt kostbare engangsinstrumenter (sutmaskiner og ultralydbaserte disseksjonsinstrumenter) for å gjøre disseksjon lettere og hemostase sikrere. Operasjonstiden ved laparoskopisk splenektomi er rapportert å være fra 20 til 80 minutter lengre enn ved åpen operasjon (1, 5, 6). Enkelte finner dermed at laparoskopi, til tross for kortere liggetid i sykehus postoperativt, likevel blir dyrere (5), mens andre ikke finner sikre forskjeller (1).

Sannsynligvis kan det forventes en utvikling i favør av laparoskopi, da de refererte serier omfatter tidlige erfaringer, og operasjonstiden er kortere i de siste delene av pasientseriene sammenliknet med de første (1, 4, 9).

Glomsaker og medarbeidere konkluderer med at laparoskopisk operasjon er velegnet ved normalt stor milt (8). Flere rapporterer at selv ved uttalt splenomegali (opptil 4 kg) er laparoskopi hensiktsmessig (6, 7). Man ser de sammefordelene fremfor åpen operasjon, selv om snitt på over 10 cm kan være nødvendig for ekstraksjon av milten (8).

Laparoskopisk operasjon ved elektiv splenektomi bør anbefales som rutine fremfor åpen operasjon, en konklusjon som Glomsaker og medarbeideres arbeid sterkt bidrar til (8).

Laparoskopisk splenektomi må imidlertid ansees som teknisk vanskelig og forutsetter betydelig laparoskopisk erfaring av både operatør og det kirurgiske team (2, 3, 6-8). Dette gjelder i særlig grad operasjon ved splenomegali. Selv om man har laparoskopisk erfaring, krever de første pasientene lengre operasjonstid og har økt transfusjonsbehov. Dette medfører økt andel konvertering til åpen prosedyre (1, 8, 9). Et pasientgrunnlag på minimum fem per år bør derfor sannsynligvis være en forutsetning for å utvikle og opprettholde kompetanse for denne type inngrep.

Pasienter med indikasjon for elektiv splenektomi bør følgelig sentraliseres til kirurgiske enheter med stor laparoskopisk erfaring.

Erik Trondsen

Erik Trondsen (f. 1947) er spesialisti gastroenterologisk kirurgi og har gjort doktorgradsarbeid på bl.a. laparoskopiske kolecystektomier.

LITTERATUR

1. Friedman RL, Fallas MJ, Carroll BJ, Hiatt JR, Phillips EH. Laparoscopic splenectomy for ITP. The gold standard. Surg Endosc 1996; 10: 991-5.
2. Trias M, Targarona EM, Espert JJ, Balagué C. Laparoscopic surgery from series of 64 cases. Surg Endosc 1998; 12: 66-72.
3. Gigot JF, de Ville de Goyet J, Van Beers BE, Reding R, Etienne J, Jadoul P et al. Laparoscopic splenectomy in adults and children: experience with 31 patients. Surgery 1996;

119: 384-9.

4. Kathkouda N, Waldrep DJ, Feinstein D, Soliman H, Stain SC, Ortega AE. Unresolved issues in splenectomy. *Am J Surg* 1996; 172: 585-90.
 5. Park A, Gagner M, Pomp A. The lateral approach to laparoscopic splenectomy. *Am J Surg* 1997; 173: 126-30.
 6. Curran TJ, Foley MI, Campbell TJ. Laparoscopy improves outcomes for pediatric splenectomy. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1498-1500.
 7. Terrosu G, Donini A, Baccarani U, Vianello V, Anania G, Zala F et al. Laparoscopic versus open splenectomy in the management of splenomegaly: our preliminary experience. *Surgery* 1998; 124: 839-43.
 8. Glomsaker T, Færden AE, Reiertsen O, Edwin B, Rosseland AR. Laparoskopisk splenektomi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1268-71.
 9. Targarona EM, Espert JJ, Balagué C, Piulachs J, Artigas V, Trias M. Splenomegaly should not be considered a contraindication for laparoscopic splenectomy. *Ann Surg* 1998; 228: 35-9.
-

Publisert: 10. april 1999. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.