
Sanering av gallesteiner i ett steg

INVITERT KOMMENTAR

EIRIK KJUS AAHLIN

Eirik.Kjus.Aahlin@unn.no

Eirik Kjus Aahlin er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge. Han er førsteamanuensis ved Institutt for Klinisk Medisin, UiT – Norges arktiske universitet og styremedlem ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sanering av konkrementer i galleblæren og gallegangen i én prosedyre kan spare tid og ressurser, både for pasient og helsevesen.

Symptomatisk gallestein er en folkesykdom som årlig rammer flere tusen pasienter, og ofte kan konkrementer finnes både i galleblæren og gallegangen samtidig (1). Tilstanden kan gi sterke magesmerter og forårsake alvorlige tilstander, som kolecystitt og kolangitt. Innkilte konkrementer i gallegangen er den vanligste årsaken til pankreatitt og kan medføre betydelig tap av helse, livskvalitet og i noen tilfeller også leveår.

Tradisjonelt har konkrementer i galleblæren blitt håndtert med kolecystektomi, i senere tid via kikkhullskirurgi. Konkrementer i gallegangen har tradisjonelt blitt håndtert via endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP), der man i en separat prosedyre kanylerer gallegangen fra tolvfingertarmen ved hjelp av et endoskop med sideoptikk. Deretter, under gjennomlysning og med bruk av røntgenkontrast, gjøres en endoskopisk retrograd sanering av konkrementene.

En slik tilnærming, som krever minst to separate prosedyrer og bedøvelser, krever tid og ressurser fra både pasient og helsevesen. ERCP er i seg selv forbundet med en betydelig risiko for pankreatitt (2). Videre har kolecystektomi og ERCP ofte vært gjort med et betydelig tidsintervall, med en risiko for gallesteinskomplikasjoner mellom prosedyrene. Dette har særlig vært knyttet til oversette gallegangskonkrementer, som kan gi kolangitt og pankreatitt.

«Risikoen for pankreatitt og andre komplikasjoner reduseres ved å kombinere kolecystektomi, kolangiografi og endoskopisk retrograd steinsanering i ett steg»

I Sverige gjøres det årlig omtrent 12 000 kolecystektomier og 7 000 ERCP-prosedyrer, og landet har vært verdensledende innen forskning på gallesteinssykdom, blant annet gjennom det nasjonale registeret GallRiks (1). Data fra dette registeret viste tidlig at antibiotika og tromboseprofylakse er unyttig ved kolecystektomi (1). Videre har man med GallRiks vist at risikoen for pankreatitt og andre komplikasjoner reduseres ved å kombinere kolecystektomi, kolangiografi og endoskopisk retrograd steinsanering i ett steg, såkalt rendezvous-ERCP (3).

Stadig flere pasienter har imidlertid ikke en normal anatomi i øvre gastrointestinaltraktus, oftest på grunn av gjennomgått bariatrisk kirurgi. De er dermed ikke tilgjengelige for konvensjonell ERCP, hverken som én- eller to-stegs prosedyre. Denne problemstillingen blir ekstra aktuell siden symptomgivende gallestein er svært vanlig hos pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi (4).

Thomassen og medforfattere viser i sin studie i Tidsskriftet (5) hvordan konkrementer i galleblæren og gallegangen kan saneres i én operasjon. Metoden de presenterer fungerer også på pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi og annen endring av anatomien i øvre gastrointestinaltraktus. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge har også denne metoden vært brukt i flere år.

Studien til Thomassen og medforfattere føyer seg inn i ny viten som kan oppsummeres omtrent slik: Akutt gallesteinssykdom saneres akutt, fortrinnsvis gjennom én operasjon. Akutt kolecystitt opereres trygt under det første sykehusoppholdet (6), og ved gallesteinsutløst pankreatitt bør kolecystektomi utføres under oppholdet for å forebygge ny pankreatitt (7). Samtidige konkrementer i galleblæren og gallegangen bør saneres i én prosedyre. Ved en slik tilnærming sparer vi tid og ressurser for både pasient og helsevesen.

REFERENCES

1. Enochsson L, Sandblom G, Österberg J et al. GallRiks 10 år - Kvalitetsregister för gallstens-kirurgi har förbättrat vården. *Lakartidningen* 2015; 112: DCE6. [PubMed]
2. Enochsson L, Swahn F, Arnelo U et al. Nationwide, population-based data from 11,074 ERCP procedures from the Swedish Registry for Gallstone Surgery and ERCP. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: 1175–84, 1184.e1 - 3. [PubMed][CrossRef]
3. Swahn F, Nilsson M, Arnelo U et al. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nationwide study of 12,718 ERCP procedures. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 552–9. [PubMed][CrossRef]
4. Welbourn R, Pournaras DJ. Bariatric surgery and prophylaxis against symptomatic gallstone disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021; 6: 972–3. [PubMed][CrossRef]
5. Thomassen HK, Kilander FS, Mala T et al. Laparoskopisk transcystisk ekstraksjon av gallegangskonkrementer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0823. [CrossRef]

6. Abe T, Amano H, Hanada K et al. Efficacy and safety of early cholecystectomy for comorbid acute cholecystitis and acute cholangitis: Retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)* 2018; 38: 8–12. [PubMed][CrossRef]
 7. Zhong FP, Wang K, Tan XQ et al. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in patients with mild gallstone pancreatitis: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98: e17429. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 21. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0244

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.