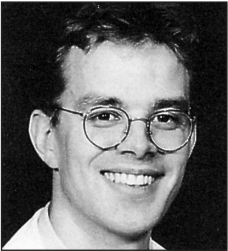


Er botnlangataka með kviðsjá betri en hefðbundin, opin botnlangataka?



Tómas
Guðbjartsson

Botnlangataka er á meðal algengustu skurðaðgerða og eina viðurkennda meðferðin við botnlangabólgu í dag. Rúm öld er síðan McBurney lýsti fyrstu botnlangatökunni og síðan hefur aðgerðin sáralítið breyst (1). Opin botnlangataka er örugg með skurðdauda undir 0,1% en fylgikvillar sjást þó í 10-20% tilfella þar sem sárasykingar eru fremstar í flokki (2,3). Síðkomnir fylgikvillar eins og garnastífla, langvinnir kviðverkir og ófrjósemi hjá konum eru einnig vel þekkt vandamál eftir opna botnlangatöku og geta valdið sjúklingnum miklum óþægindum (4,5). Fylgikvillar geta allt eins gert vart við sig eftir aðgerð þar sem botnlanginn reynist óbólginn en rétt greining hjá sjúklingum, sem grunur leikur á að hafi botnlangabólgu, er stórt vandamál sem sést best á því að 25-30% botnlanga hjá konum á frjósemiskeiði eru óbólgnir við aðgerð (5,6). Oft er þá um aðra sjúkdóma að ræða sem skýra verki sjúklings, til dæmis rofnar blöðrun á eggjastokk eða eggjaleiðarabólgu. Slíka sjúkdóma getur verið erfitt að greina í gegnum þröngan botnlangaskurð. Af ofanskráðu er ljóst að hefðbundin, opin botnlangataka er langt frá því að vera hin fullkomna aðgerð.

Fyrstu botnlangatökunni með kviðsjá var lýst þegar árið 1983 og var aðgerðin framkvæmd með eldri gerð kviðsjár (7). Upp úr miðjum níunda áratugnum urðu stórstígar framfarir í tækjabúnaði til kviðsjáraðgerða með tilkomu kviðsjár sem hægt var að tengja myndavél. Þessi nýja tækni gerði kleift að framkvæma flóknari skurðaðgerðir með kviðsjá en áður þekktist. Í fyrstu beindist athyglin aðallega að gallblöðrutöku en smám saman jókst áhugi á öðrum kviðarholsaðgerðum með aðstoð kviðsjár, þar á meðal botnlangatöku.

Í fyrstu var árangur kviðsjáraðgerða misjafn. Síðan hafa birst á annað hundrað rannsóknir þar sem kviðsjáraðgerð er borin saman við hefðbundna botnlangatöku. Langflestar þessara rannsókna, sem fæstar eru slembaðar, eru kviðsjáraðgerðum í hag, þar sem sýnt er fram á styttri sjúkrahúslegu, minni verki, ör og fylgikvilla (skurðsýkingar) en eftir opna aðgerð. Nýrri rannsóknir hafa þó ekki getað staðfest yfirburði kviðsjáraðgerða og því vaknar eðlilega sú spurning hvor aðgerðin sé betri (8,9).

Í dag hefur birst á þriðja tug slembaðra rannsókna þar sem kviðsjáraðgerð er borin saman við opna

botnlangatöku. Þessar rannsóknir eru mjög misjafnar að gæðum, sérstaklega hvað varðar fjölda sjúklinga (styrk) og eftirlit eftir aðgerð. Nýlega hafa birst greinar þar sem farið er kerfisbundið í gegnum slembuðu rannsóknirnar (10-12). Í þeirri stærstu uppfylltu aðeins 12 rannsókna skilyrði höfunda um vandaða slembirannsókn (10). Rannsóknirnar voru metnar hver fyrir sig og töldust sex þeirra vera kviðsjáraðgerð í hag og í hinum sex var munurinn á aðgerðunum talinn óverulegur. Niðurstaða höfunda var sú að ekki væri hægt að sýna fram á umtalsverða yfirburði kviðsjáraðgerðar í þessum 12 rannsóknum. Verkir voru þó minni eftir kviðsjárágerð og í flestum þeirra voru sjúklingarnir fljótari að ná fullri færni eftir aðgerð. Lengd sjúkrahúsdvalar var hins vegar sambærileg í báðum hópunum, eða tveir dagar. Fylgikvillar reyndust einnig sambærilegir enda þótt skurðsýkingar væru ívið fleiri í opna hópnum og djúpar sýkingar í kviðsjárhópnum.

Í annarri sambærilegri rannsókn (11), sem náði til 10 slembaðra rannsókna, var komist að sömu niðurstöðu og sama á við um þá þriðju sem reyndar var meta-analysis (safngreining) og náði til átta af áður nefndum 12 rannsóknum (12). Þó sást ekki munur á tíðni djúpra sýkinga en húðsýkingar reyndust marktækt fleiri eftir opnu aðgerðirnar.

Í flestum þessara slembuðu rannsókna eru sjúklingar tiltölulega fáir og það veikir þær. Á síðustu árum hafa hins vegar birst tvær stórar skandinavískar rannsóknir með rúmlega 500 sjúklinga hvor (13,14). Niðurstöður beggja eru mjög í anda rannsókna sem áður voru nefndar, það er sjúklingarnir hafa minni verki og eru fljótari að ná sér eftir kviðsjáraðgerð. Í sænsku rannsókninni (KLAPP-studien) munaði heilli viku á hópnum, kviðsjáraðgerð í vil, en rétt er að hafa í huga að um var að ræða huglægt mat sjúklingsins sjálfs á því hvenær hann taldi sig hafa náð fullri færni og getur það skekkst niðurstöðuna. Þannig reyndist ekki marktækur munur á fjarvistum frá vinnu, sjúkrahúsdvöl og fylgikvillum eftir aðgerð (13).

Þegar niðurstöður rannsókna hér á undan eru hafðar til hliðsjónar er óhætt að fullyrða að munur á botnlangatöku með kviðsjá og opinni aðgerð er ekki eins mikill og oft hefur verið haldið fram. Kviðsjáraðgerð hefur ákveðna kosti umfram opna botnlanga-

Höfundur er sérfræðingur í skurðlækningum og starfar á Háskólasjúkrahúsinu í Lundi, Svíþjóð. Netfang: tomas.gudbjartsson@lund.mail.telia.com

töku, sérstaklega hvað snertir verki og færni sjúklinga eftir aðgerðina. Á hinn bóginn er kviðsjáraðgerð tímafrekari og dýrari en opin aðgerð. Hvort tveggja væri auðveldara að réttlæta ef sjúklingar væru komnir fyrir til vinnu eða útskrifuðust fyrir af sjúkrahúsi eftir kviðsjáraðgerð. Hins vegar hefur ekki tekist að sýna fram á þetta með sannfærandi hætti, og ef munur er fyrir hendi, er allt sem bendir til þess að hann sé lítill.

Hægt er að spyrja sig hvort samanburður á þessum tveimur aðgerðum hafi hingað til verið ófullkominn. Til dæmis er ekki litið á nákvæmni greiningar í rannsóknunum að ofan, sem margir skurðlæknar telja mjög mikilvægan þátt, ekki síst þegar um er að ræða konur á frjósemiskeiði þar sem rétt greining getur verið snúin. Hjá þessum hópi sjúklinga er greining mun nákvæmari með kviðsjá en við opna aðgerð, til dæmis er auðveldara að skilja eftir óbólginn botnlanga og koma þannig í veg fyrir fylgikvilla sem fylgja botnlangatöku (15,16). Á hinn bóginn hefur reynst erfitt að sýna fram á með sannfærandi hætti að bætt greining hafi marktæk áhrif á afdrif sjúklinganna eftir aðgerð. Þó er ljóst að hjá ákveðnum hópum sjúklinga, eins og til dæmis offitusjúklingum, er margt sem bendir til þess að kviðsjáraðgerð hafi aukið vægi í samanburði við opna aðgerð (17). Rannsóknir á dýrum hafa ennfremur bent til minni samvaxtamyndunar eftir kviðsjáraðgerð (18). Síðasta orðið hefur því ekki verið sagt í þessari umræðu, en eins og staðan er í dag virðist hin aldargamla, opna botnlangataka standa vel fyrir sínu.

Heimildir

1. McBurney C. The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis with a description of a new method of operating. *Ann Surg* 1984; 20: 38.
2. Pieper R, Kager L, Nasman P. Acute appendicitis: a clinical study of 1018 cases of emergency appendectomy. *Acta Chir Scand* 1982; 148: 51-62.
3. Blind PJ, Dahlgren ST. The continuing challenge of the negative appendix. *Acta Chir Scand* 1986; 152: 623-7.
4. Mueller BA, Daling JR, Moore DE. Appendectomy and the risk of tubal infertility. *NEJM* 1986; 315: 1506-9.
5. Andersson 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.
6. Chang FC, Hogle HH, Welling DR. The fate of the negative appendix. *Am J Surg* 1973; 126: 752-4.
7. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64.
8. Apelgren KN, Molnar RG, Kisala JM. Laparoscopic is not better than open appendectomy. *Am Surg* 1995; 61: 240-3.
9. Martin LC, Puente I, Sosa JL, Bassin A, Breslaw R, McKenney MG. Open versus laparoscopic appendectomy. A prospective randomized comparison. *Ann Surg* 1995; 222: 256-62.
10. Slim K, Pezet D, Chipponi J. Laparoscopic or open appendectomy? Critical review of randomized, controlled trials. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 398-403.
11. McCall JL, Sharples K, Jadallah F. Systematic review of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open appendectomy. *Br J Surg* 1997; 84: 1045-50.
12. Temple LKF, Litwin DE, McLeod RS. A meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in patients suspected of having acute appendicitis. *Can J Surg* 1999; 42: 377-83.
13. Hellberg A, Rudberg C, Kullman E, Enochsson L, Fenyö G,

Graffner H, et al. Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open appendectomy. *Br J Surg* 1999; 86: 48-53.

14. Pedersen AG, Petersen OB, Wara P, Ronning H, Qvist N, Laurberg S. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 200-5.
15. Moberg AC, Montgomery A. Appendicitis: laparoscopic versus conventional operation: a study and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 459-63.
16. Moberg AC, Ahlberg G, Leijonmarck CE, Montgomery A, Reiertsen O, Rosseland AR, et al. Diagnostic laparoscopy in 1043 patients with suspected acute appendicitis. *Eur J Surg* 1998; 164: 833-40; discussion 841.
17. Enochsson L, Hellberg A, Rudberg C, Fenyö G, Gudbjartsson T, Kullman E, et al. Laparoscopic vs open appendectomy in overweight patients. *Surg Endosc* 2001; 15: 387-92.
18. Tittel A, Treutner KH, Titkova S, Ottinger A, Schumpelick V. New adhesion formation after laparoscopic and conventional adhesiolysis: a comparative study in the rabbit. *Surg Endosc* 2001; 15: 44-6.