

# Plager før og etter kolecystektomi

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Hvorvidt pasientens plager virkelig er relatert til påviste gallekonkrementer kan være vanskelig å avgjøre.

**Materiale og metode.** Et spørreskjema vedrørende pre- og postoperative plager samt tilfredshet med behandlingsresultatet ble sendt til 211 pasienter median 51 måneder etter kolecystektomi utført ved Rana sykehus i perioden mai 1993 til mars 2001.

**Resultater.** Svarprosenten var 97 %. 80 % hadde hatt anfallsvise smerter og 91 % ble kvitt dette problemet. 71 % av pasientene hadde ingen plager etter kolecystektomi. 26 % var ikke blitt kvitt sine plager og to tredeler av disse hadde hatt plager i flere år. 22 % hadde fått nye eller andre plager. Pasientene rapporterte signifikant reduksjon av anfallsvise smerter, konstante smerter, kvalme/oppkast og oppblåsthet. 94 % var meget godt fornøyd eller fornøyd med resultatet av operasjonen. 1 % angret på operasjonen.

**Fortolkning.** Anfallsvise smerter forsvinner med stor sannsynlighet etter kolecystektomi. Personer med gallestein rapporterer i tillegg et stort spekter av ulike andre plager både før og etter kolecystektomi. Ettersom liknende plager også forekommer hyppig hos personer uten gallestein, er det vanskelig å relatere symptomforbedring eller forverring til utført kolecystektomi.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Ranveig K. Aspevik

[ranveigaspevik@hotmail.com](mailto:ranveigaspevik@hotmail.com)  
Kirurgisk avdeling  
Helgelandssykehuset Mo i Rana  
8607 Mo i Rana

## Øivind Irtun

Avdeling for gastroenterologisk kirurgi  
Universitetssykehuset Nord-Norge

Det er internasjonal enighet om at anfallsvise smerter i øvre del av abdomen er den plagen man med størst sikkerhet kan forvente å kurere ved kolecystektomi (1, 2). Ved en konsensuskonferanse i 1992 var det enighet om følgende: «The best definition of biliary pain is that which is relatively severe, episodic, epigastric, or right upper quadrant in location, lasting 1 to 5 hours, and often waking the patient at night. These are the symptoms that warrant therapy. Although biliary pain also may occur postprandially, that is not a discriminating symptom from other common abdominal conditions (e.g. irritable bowel syndrome)» (3).

Vi har tidligere publisert resultatene av den kirurgiske behandlingen hos 220 pasienter med gallelidelse, med særlig fokus på behandlingskvalitet i et lokalsykehus (4). Basert på en spørreundersøkelse var hensikten i det følgende arbeidet å registrere endringer i pasientens plager før og etter kolecystektomi. Mjøland og medarbeidere har vist at standardisering av den preoperative vurderingen kan forbedre resultatet (5).

## Materiale og metode

I tidsrommet mai 1993 til mars 2001 ble 220 pasienter (165 kvinner og 55 menn) kolecystektomert ved Rana sykehus. Fem pasienter var døde i oppfølgingsperioden, og fire pasienter lot seg ikke oppspore. Et skjema med spørsmål om endring i plager samt tilfredshet med resultatet etter kolecystektomi, ble sendt til de resterende. Operasjonsindikasjonen ble registrert prospektivt av operatøren slik det fremgår av tabell 1. Det ble benyttet et registreringsskjema utarbeidet av Landsregisteret for kolecystektomi. To kirurger var ansvarlige for 92 % av operasjonene. Pasientene ble ikke innkalt til rutinemessig poliklinisk kontroll etter operasjonen men ble i forbindelse med spørreundersøkelsen tilbudt undersøkelse hos gastrokirurg. 25 pasienter (12 %) ønsket etterundersøkelse på grunn av vedvarende plager, nye plager eller forverring av tidlige-

re plager. I tillegg til anamnese og klinisk undersøkelse ble disse pasientene utredet videre med blodprøver, røntgenundersøkelser eller endoskopier. Endring av kategoriske variabler (symptomendring etter kolecystektomi) ble beregnet med McNemar's test ved bruk av SPSS. P-verdier mindre enn 0,05 ble definert som statistisk signifikante.

## Resultater

### Plager før og etter operasjon

205 (97 %) besvarte spørreskjemaet (153 kvinner, median alder 54 år, spredning 15–84). Oppfølgingstiden var median 51 måneder (spredning 6–98). Alle pasientene hadde fått utført preoperativ ultralydundersøkelse. 35 pasienter (17 %) fikk utført endoskopisk retrograd kolangiografi (ERC), sju (3 %) ble gastroskopert før galleoperasjonen, og 12 (6 %) hadde fått utført CT-undersøkelse. 161 pasienter (79 %) var operert vellykket laparoskopisk, 15 (7 %) måtte konverteres og 29 pasienter (14 %) ble operert primært åpent. Vi registrerte åtte (4 %) peroperative og 17 (8 %) postoperative komplikasjoner, ingen mortalitet. På spørreskjemaet til pasientene var det gitt anledning til å krysse av på flere svaralternativer. 91 % ble kvitt plagen anfallsvise smerter. 145 (71 %) av pasientene hadde ingen plager etter operasjonen. 54 (26 %) pasienter rapporterte fortsatt tilstedeværelse av en eller flere av følgende preoperative plager: 14 anfallsvise smerter, ti kvalme/oppkast, 17 oppblåsthet, 15 sure oppstøt, 15 diaré og 35 tålte fortsatt ikke fete matsorter. Blant disse hadde biliære smerteanfall alene vært operasjonsindikasjon hos 70 %, mens de øvrige hadde hatt kolecystitt eller pankreatitt. Blant de symptomfrie og de ikke-symptomfrie var det henholdsvis 86 % og 87 % overensstemmelse mellom operatørens oppfatning av operasjonsindikasjonen biliære smerteanfall og pasientens angivelse av anfallsvise smerter. Av de 14 som fortsatt hadde anfallsvise

## ! Hovedbudskap

- Personer med og uten gallestein kan ha like symptomer
- Etter kolecystektomi blir 90 % kvitt anfallsvise smertepager
- Abdominale symptomer kan både forbedres, forverres eller tilkomme etter kolecystektomi

**Tabell 1** Operasjonsindikasjon for kolecystektomi hos 205 pasienter

Operasjonsindikasjon	Antall pasienter	
	n = 205	(%)
Biliære smerteanfall	125	(61)
Biliære smerteanfall og gjennomgått kolecystitt	27	(13)
Biliære smerteanfall og gjennomgått pankreatitt	7	(3)
Tidligere kolecystitt	28	(14)
Tidligere pankreatitt	5	(2)
Tidligere kolangitt	4	(2)
Galleblærepolyp (> 1 cm)	3	(2)
Annet (ikterus, perforert galleblære, ukarakteristiske smerter)	6	(3)

smerter, hadde operatøren angitt biliære smerteanfall som operasjonsindikasjon hos ti, og 13 av pasientene hadde fra 1–7 tilleggssymptomer preoperativt. Seks pasienter (3 %) angav usikker symptomatisk effekt av kolecystektomi. 38 pasienter (19 %) hadde preoperativt ikke hatt anfallsviser smerter (tab 2). Av disse angav 29 (76 %) å ha blitt kvitt sine plager etter operasjonen. Hos 17 av pasientene hadde operatøren anført biliære smerteanfall som operasjonsindikasjon, mens pasienten hadde krysset av for konstante smerter. Hos de øvrige var operasjonsindikasjonen kolecystitt/kolangitt/pankreatitt gjennomgått.

**Varighet av plager**

Vel halvparten av de 145 pasientene som var blitt helt symptomfrie, hadde hatt plager gjennom flere år. Blant de 54 pasientene som ikke var blitt kvitt sine preoperative plager, hadde 2/3 hatt symptomer i flere år før operasjonen. I oppfølgingstiden hadde fire pasienter blitt behandlet for symptomgivende restkonkrementer i gallegangen.

46 pasienter (22 %) beskrev nytillkomne

plager postoperativt. Symptombildet var oftest sammensatt og dominert av tendens til diaré og diffuse magesmerter med oppblåsthet.

**Etterundersøkelsen**

25 pasienter (17 kvinner) ønsket nærmere undersøkelse på grunn av vedvarende plager (n = 15) samt nye eller forverring av tidligere plager (n = 10). Åtte var operert på grunn av gjennomgått kolecystitt eller pankreatitt. 22 hadde hatt anfallsviser smerter før operasjonen og seks hadde det fortsatt etter operasjonen. De 25 etterundersøkte rapporterte signifikant flere plager etter operasjonen sammenliknet med de som ikke ønsket etterundersøkelse til tross for vedvarende eller nye plager (gjennomsnittlig 2,2 versus 0,7 plager (p = 0,01). Utredningen avslørte ingen oversette restkonkrementer eller komplikasjoner til det operative inngrepet. Plagene syntes i hovedsak å være av dysfunksjonell karakter.

**Pasienttilfredshet**

Basert på spørreskjemaet var 94 % av alle pasientene meget fornøyde (62 %) eller fornøyde (32 %) med resultatet av operasjonen. Ni pasienter var mindre fornøyde eller misfornøyde og to svarte ikke på spørsmålet. To pasienter angret på operasjonen.

**Diskusjon**

Det angis i litteraturen at 20–30 % av pasientene ikke blir kvitt sine plager etter kolecystektomi (6–8) og at 2–5 % av kolecystektomerte pasienter fortsetter å ha hyppig, ubehagelig smerte av ukjent årsak (9). Om dette var den «opprinnelige smerten» og gallesteinene egentlig bare var et tilfeldig funn, er vanskelig å avgjøre. Andre hevder at 90 % av pasientene opplever forbedring av symptomer, men en tredel har likevel fortsatt noen plager (10, 11).

Frykt for å utvikle alvorlige komplikasjoner som pankreatitt og kolangitt, vektlegges både av pasient og lege når operasjons-

indikasjonen vurderes. Imidlertid viser observasjonsstudier av selekterte pasienter med ukomplisert, symptomgivende galleblæresteiner en årlig komplikasjonsfrekvens på bare 0,7–2,0 % (12, 13).

I en oppfølgingsstudie over 25 år (13) var det 3–4 % av personer med tilfeldig påvist gallestein som utviklet symptomer i løpet av de første ti årene. I vårt materiale var kolecystektomiraten 8,5 per 10 000 innbyggere. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for Norge (vel seks per 10 000 innbyggere) men lavere enn gjennomsnittet for Skandinavia som helhet (ti per 10 000 innbyggere) (14). Nyere studier viser imidlertid at operasjonsraten i Norge har steget, men det er store fylkesvise forskjeller (O. Mjåland, Kirurgisk høstmøte 2003). Våre operasjonsindikasjoner skiller seg ikke vesentlig fra andres (15) med unntak av at vi ikke har operert kolecystitt i akutt fase. I tråd med litteraturen finner vi ingen forskjell på laparoskopisk og åpen kolecystektomi når det gjelder symptomforbedring, men andelen åpne inngrep i vårt materiale er lite (6, 16, 17).

Glambek og medarbeidere fant i en tilfeldig norsk populasjon at det ikke var noen forskjell i forekomst av abdominale symptomer hos personer med og uten gallestein påvist ved screening ultralyd (18). Liknende resultater fant Jørgensen i en dansk populasjonsstudie (19). I en metaanalyse av 24 publikasjoner fant Berger og medarbeidere at «biliær kolikk», utstrålede smerte og behov for smertelindring var korrelert til gallestein, men samtidig fant de at 80 % av pasientene som hadde gallestein, presenterte seg med helt andre symptomer (20).

9 % av våre pasienter som hadde vært plaget med anfallsviser smerter, ble ikke kvitt dette problemet. Andelen av pasienter som hadde anfallsviser smerter, var over 80 % både hos de som ble helt symptomfrie og hos de som ikke ble det. Mange tilleggssymptomer preoperativt samt flere års varighet av plager før operasjonen kan predikere dårligere resultat hos enkelte pasientgrupper. Dette er i overensstemmelse med litteraturen. Alle pasientene bør derfor informeres om muligheten for vedvarende eller nye symptomer (9).

En svakhet ved vår spørreundersøkelse er at den er retrospektiv, og det er mulig at pasientene ikke husker i detalj hvordan de preoperative plagene fortonte seg. Plager av mer uspesifikk karakter og som vanligvis ikke settes i direkte sammenheng med gallestein (konstante smerter, kvalme/oppkast, oppblåsthet etc.), ble rapportert signifikant sjeldnere etter at galleblæren var fjernet hos våre pasienter (tab 2). Dette er også funnet av andre (9, 21).

Som hos andre forfattere (6) må de rapporterte plagene likevel ses i sammenheng med det faktum at 94 % angir å være meget fornøyd eller fornøyd med operasjonsresultatet, og kun 1 % angret på operasjonen.

**Tabell 2** Plager hos 205 pasienter (antall og %) før og etter kolecystektomi

Pasientenes plager n = 205	Preoperativt n (%)	Postoperativt n (%)	Samme plage pre- og postoperativt n (%)
Anfallsviser smerter	164 (80)	16 (8)	14 (7)
Konstante smerter	36 (18)	2 (1)	1 (0,5)
Kvalme/oppkast	88 (43)	14 (7)	11 (5)
Oppblåsthet	63 (31)	23 (11)	21 (10)
Sure oppstøt/halsbrann	59 (29)	28 (14)	20 (10)
Diaré	33 (16)	25 (12)	18 (9)
Forstoppelse	20 (10)	12 (6)	10 (5)
Tålte ikke feit mat	114 (56)	55 (27)	48 (23)
Episoder med magesmerter, feber og sykdomsfølelse	68 (33)	3 (2)	2 (1)
Episoder med gulsott	15 (7)	1 (1)	0
Annet	19 (9)	12 (6)	0
Ingen plager (tilfeldig oppdaget gallestein eller polyp)	3 (2)	0 (0)	

## Konklusjon

Pasienter med påvist gallestein rapporterer en rekke ulike plager som også personer uten gallestein kan ha. Det er grunn til å diskutere nøye med pasienter som ikke har hatt komplikasjoner med sine gallesteiner hva som kan forventes av forbedring eller forverring etter kolecystektomi. Å tilby de rette pasientene operativ behandling er stadig en utfordring.

## Litteratur

1. American College of Physician. Guidelines for treatment of gallstones. *Ann Int Med* 1993; 119: 620–2.
2. National Institutes of Health. Consensus development conference statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 165: 390–6.
3. Ransohoff DF, Gracie WA. Treatment of gallstones. *Ann Int Med* 1993; 119: 606–19.
4. Aspevik RK, Irtun Ø. Gallekirurgi ved et lokalsykehus – prospektiv registrering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1081–2.
5. Mjåland O, Høgevoid HE, Buanes T. Standard preoperative assessment can improve outcome after cholecystectomy. *Eur J Surg* 2000; 166: 129–35.
6. Van der Velpen G, Shimi SM, Cuschieri A. Outcome after cholecystectomy for symptomatic gallstone disease and effect of surgical access: laparoscopic versus open approach. *Gut* 1993; 34: 1448–51.
7. Ros E, Zambon D. Postcholecystectomy symptoms. A prospective study of gallstone patients before and two years after surgery. *Gut* 1987; 28: 1500–4.
8. McMahon AJ, Ross S, Baxter JN et al. Symptomatic outcome 1 year after laparoscopic and mini-laparotomy cholecystectomy: a randomized trial. *Br J Surg* 1995; 82: 1378–82.
9. Lasson Å. The postcholecystectomy syndrome: Diagnostic and therapeutic strategy. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 897–902.
10. Bates T, Ebbs SR, Harrison M et al. Influence of cholecystectomy on symptoms. *Br J Surg* 1991; 78: 964–7.
11. Bodvall B, Overgaard B. Computer analysis of post-cholecystectomy biliary tract symptoms. *Surg Gynaecol Obstet* 1967; 124: 723–32.
12. Vetrhus M, Søreide O, Solhaug JH et al. Symptomatic, non-complicated gallbladder stone disease. Operation or observation? *Scand J Gastroenterol* 2002; 37: 834–9.
13. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organisation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 127–36.
14. Mjåland O, Adamsen S, Hjelmquist B et al. Cholecystectomy rates, gallstone prevalence, and handling of bile duct injuries in Scandinavia. A comparative audit. *Surg Endoscopy* 1998; 12: 1386–9.
15. Wasmuth HH, Guleng RJ, Danielsen S. Kolecystektomi i den laparoskopiske æra. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 876–9.
16. Wilson RG, Macintyre MC. Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1993; 80: 438–41.
17. Peterli R, Schuppisser JP, Herzog U et al. Prevalence of postcholecystectomy symptoms. Long-term outcome after open versus laparoscopic cholecystectomy. *World J Surgery* 2000; 24: 1232–5.
18. Glambek I, Arnesjø B, Søreide O. Correlation between gallstones and abdominal symptoms in a random population. Results from a screening study. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 277–81.
19. Jorgensen T. Abdominal symptoms and gallstone disease. An epidemiological investigation. *Hepatology* 1989; 9: 856–60.
20. Berger MY, van der Velden JJ, Lijmer JG et al. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 70–6.
21. Niranjan B, Chumber S, Kriplani AK. Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy. *Trop Gastroenterol* 2000; 21: 144–8.