
Laparoskopisk kirurgi i Norge

REDAKSJONELT

BUANES T

Fem års tilbakeblikk

Når verdien av laparoskopisk kirurgi vurderes, er resultatet påfallende avhengig av øynene som ser. Kirurger som arbeider mye laparoskopisk, har entusiasme for de nye metodene, men dette betyr ikke nødvendigvis at evnen til kritiskevaluering av egne behandlingsresultater mangler. Likevel er det klart at den laparoskopiske fagutviklingen ville vært tjent med en mer aktiv, kritisk metodeutprøving.

Randomiserte undersøkelser mangelvare

En lederartikkel i British Medical Journal (1) peker med rette på at randomiserte, prospektive undersøkelser burdevært gjennomført i langt større skala før metodene ble tatt i bruk. Tracy & Johnson (2) følger opp i Lancet med tittelen: Is the laparoscopic bubble bursting? Deres påstand er at forventningene til laparoskopisk kirurgi har vært for høye, og de spør om fremtiden: We believe the coming year will direct evidence based surgery away from many current laparoscopic operations as the results of more randomised controlled trials become available (2).

Grunnlaget for denne antakelsen er sviktende. Riktignok finnes det rapporter om alvorlige komplikasjoner ved laparoskopiske prosedyrer, eksempelvis økt frekvens av gallegangsskader, skade av store kar, tarmskade og gassembolus med fatalt forløp (3). Men i Norge er komplikasjonene gjennomgående mer alvorlige etter åpen enn laparoskopisk kolecystektomi (4, 5), og hos oss er denne prosedyre foreløpig den eneste som utføres i stor skala. Her til lands har innføringen av laparoskopisk teknikk heller ikke ført til noen økning av antall utførte kolecystektomier (6), og teknikken har nok gagnet både helsebudsjettene og pasientgruppen.

Mer enn gallekirurgi

Også pneumothoraxbehandling, antireflukskirurgi, brokkplastikk og appendektomi gjøres miniinvasivt ved flere norske sykehus. Noen få milter er også fjernet laparoskopisk, mens oesophagus- og colonkirurgi nesten ikke gjøres. Denne praksis er sannsynligvis hensiktsmessig, basert på den samlede erfaring som foreligger innen laparoskopifeltet. Likevel gjøres den laparoskopiske kirurgi på disse feltene uten at det foreligger solid dokumentasjon for pasientsikkerhet og langtidsresultater. En vesentlig årsak til at de første fem års laparoskopipraksis ikke har bidratt med mer systematisk kunnskapsøkning, er at utviklingen har vært preget av "selvbetjeningsprinsippet": Pasientene velger operasjonsmetode uten tilstrekkelig fagbasert rådgivning fra kirurgen. Det er behov for mer bevisst faglig styring enn dette.

Forskning - uetisk?

Alle som arbeider med laparoskopisk kirurgi, ser eksempler på at enkeltpasienter kan være overstrømmende fornøyde etter en operasjon som medførte overraskende lite besvær. Denne observasjon brakte tidlig det synspunkt inn i fagdebatten at randomisert metodevalg ville være uetisk. Det har ikke vært lett å synliggjøre logikkbristen i dette resonnementet, selv om den for de fleste virker åpenbar. Det er på ingen måte uetisk å gjennomføre randomiserte undersøkelser der man systematisk sammenlikner en laparoskopisk metode med det mest aktuelle åpne alternativ innen defleste felter. Tvert om - det kan diskuteres om det er etisk forsvarlig for noen kirurg å delta i en fagutvikling som fortsetter å være prinsipielt usystematisk, også etter den første pionertiden.

Faglig styring - basert på dokumenterbare resultater - er grunnleggende innen skolemedisinen, og skiller den fra defleste former for alternativ medisin. De som driver laparoskopisk metodeutvikling i Norge, må selv være pådrivere for å evaluere verdien av nye metoder. Finansiering og tilrettelegging av klinisk laparoskopiforskning på lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt plan bør også støttes mer aktivt av sykehuseiere, universiteter og forskningsråd. Tilsynsmyndighetene har spilt en aktiv rolle, og behøves i økende grad som medspillere i kvalitetssikringsarbeidet.

Hvordan har det gått?

Pionertiden har vært preget av stor kreativitet, både hos industrien og fagfolket, med vitalisering av kirurgisk metodeutvikling. Dette har allerede kommet et stort antall pasienter til gode (3, 4). Det må også understrekes at systematisk metodeutprøving kan gjøres på andre måter enn ved randomiserte undersøkelser. Med rette er det påpekt (7), at ikke alle problemstillinger og kliniske situasjoner egner seg for randomiserte undersøkelser. Den gode

undersøkelsesærpreges også av god tilpasning til praktiske muligheter, og vektlegging av problemer som er klinisk relevante. Pasient-kontrollundersøkelser, og andre prospektive undersøkelser bør derfor ikke undervurderes.

Etter fem års bruk av miniinvasive teknikker i buk- og brysthule må det være lov å se seg relativt tilfreds tilbake, til tross for de svakheter som er åpenbare. Laparoskopisk kirurgi er kommet for å bli, og den vil fortsatt videreutvikles raskt. Fagmiljøenes utfordring er fremfor alt forskning og undervisning. La oss ta godt vare på og oppmuntre til fortsatt kreativitet fra industri og fagmiljø, og fra våre helsepolitikere. Men skal det være mulig å rene kirurgien som en evidensbasert del av medisinen, må viljen og evnen til faglig styring bli vesentlig sterkere.

Trond Buanes

LITTERATUR

1. Russell I. Evaluating new surgical methods - needs collaboration between surgeons and trialists. *BMJ* 1995; 311: 1243-4.
2. Treacy J, Johnson AG. Is the laparoscopic bubble bursting? *Lancet* 1995; 346 (suppl): 23.
3. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14.
4. Buanes T, Færden A, Mjåland O, Waage A, Solheim K. Landsregister for kolecystektomi - kvalitetssikringstiltak med overraskende resultater. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2236-8.
5. Buanes T, Mjåland O. Complications in laparoscopic and open cholecystectomy - a prospective comparative trial. *Surg Laparosc Endosc*; akseptert for publisering.
6. Mjåland O, Waage A, Buanes T. Utviklingen av galleveiskirurgi i Norge etter innføringen av laparoskopisk teknikk. Oslo: De Norske Kirurgiske Foreninger. Vitenskapelige forhandlinger, 1995: 101.
7. Pringle M, Churchill R. Randomised controlled trials in general practice, gold standard or fool's gold? *BMJ* 1995; 311: 1382-3.

Publisert: 30. april 1996. *Tidsskr Nor Lægeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.