

Referat från EAES 2009 i Prague (European Association for Endoscopic Surgery)



Gunnar Edlund o Gunnar Ahlberg

Årets EAES möte det 17onde i rad hölls i Prague och den svenska representationen begränsades till fem personer (Gunnar Ahlberg ordförande i SIKT, Mustafa Raoof Lindesberg, Gunnar Edlund Östersund, Göran Kullberg Göteborg o undertecknad) sannolikt beroende på att mötet sammanföll med midsommarfirandet i Sverige. Mötet kom mycket att handla om state of art vad gäller NOTES och singel port kirurgin.

Prof. Lacy höjde ett varnande finger o konstaterades att man nu på flera håll implementerar LESS (LaparoEndoscopic Single Site Surgery) kirurgin och på vissa håll även NOTES alldeles för tidigt i kliniska vardagen. Det behövs mer utveckling av instrumenten, mer träning och mer utvärdering i experimentell miljö innan man kan rekommendera att denna kirurgi sprids brett i klinisk vardag. Inom dessa båda områden sker en helt makalös utveckling av olika typer av instrument för att underlätta o säkra kirurgin. Industrin ligger hårt på och idérikedomen och utvecklingsviljan saknar gränser. **”Film”**

<mms://wwwv1.orebroll.se/kir/apollodevice.wmv> Inom kirurjkåren påtalades av Prof Abe Fingerhut Frankrike att det säkert finns 95 % som av oss som inväntar ny teknologi och 5 % som aktivt driver på teknik och metodutveckling fn känns det som om jag tillhör den första gruppen. Man ser trots allt en stor utvecklingspotential och framtid för NOTES dock kommer fn kostnaderna vara det som begränsar NOTES utvecklingen kommande år. Den vanligaste metoden för NOTES är laparoskopiasstierad NOTES med 5 mm kamera via naveln för att visualisera intraabdominellt så att man så säkert det nu går kan få access till bukhålan transvaginalt eller transgastriskt. Den transvaginala tekniken verkar den mest populära och ger vid gallkirurgin ett rakare förlopp upp mot målorganet. Dock kan ju bara halva befolkningen komma ifråga för denna typ av kirurgi. Singelport kirurgin anser många vara en brygga till NOTES och här utnyttjar man naveln som ingångshål. Etiska problem som inte diskuteras överhuvudtaget är att den klinisk metodapplikation verkar ske i länder med mindre strikta medikolegala övervakningsystem (Indien o länder i Syd-Amerika), vilket förstås är mycket anmärkningsvärt.

Singel port kirurgin

De två populäraste singelportarna marknadsförs av Covidiene SILS porten och Olympus **Film** <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/lessolympus.wmv> Triporten kostnaden för portarna är ca 3000:- .Storz variant kallas för EndoCone o är flergångsvariant. De problem som följer med singelportkirurgin är att instrument o kamera brottas om utrymmet och för att försöka lösa dessa problem sker utveckling på instrument o kameran sidan. De instrument som används är ofta kurverade rigida eller flexibla. För att komma bort med kameran från arbetsinstrumenten har Olympus utvecklat en kamera som är vinklad i handtaget och även en kamera med flexibel topp likt ett koledokoskop. Vid en av demonstrationsgallorna som utfördes live kan ni se hur det kan te sig vid en enkel galloperation.

"Film" <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/lesskolecystektomieaes.wmv>
Här demonstreras mer än tydligt vilka begränsningar tekniken fn har.

Man vågar inte ens föreställa sig hur det är vid akuta eller kroniska kolecystiter. Vi såg även demonstrerat laparoskopisk fundoplikation o gastrisk bypass med singel port tekniken och sammantaget så gör man stora avkall på säkerheten för att driva operationen vidare via singelporten

Vid laparoskopisk kolecystektomi har man svårt att göra kolangiografi, problem med traktionen och bristfällig visualisering av Calots triangel. Händer något under operationen som t.ex. mindre blödning så har man svårt att hantera situationen se filmen ovan

Laparoskopisk fundoplikation såg också klart mycket mindre säker ut jmf med traditionell fundoplikation. Det är svårt att dra cuffen på plats och man får sätta "hållsuturer" för att det hela ska fungera.

Laparoskopisk gastrisk bypass skedde med en modifierad metod med långt ventrikelrör, enanastomosteknik på loop.

Fördelen med singelportkirurgin kan möjligen vara rent kosmetisk och man hoppas även att tekniken ska ge mindre bukväggsmärta, minska risken för ärrbräck och leda till snabbare konvalescens. Singel port kirurgin är mer komplex, minimerar trianguleringsmöjligheten, reducerar möjligheten till tillfredsställande traktion, ger sämre bild av opfältet, tar längre tid och kräver specialinstrument. Man kan befara att om denna teknik införs kommer det i kölvattnet att leda till ökad risk för koledokusskador både vid dissektion och diatermin då man har svårt att visualisera Calots triangel och problem att utföra kolangiografien.

Min personliga uppfattning är att man fn starkt måste avråda från att starta med denna kirurgiska operations teknik vid gallkirurgi och om några kliniker nu tar upp tekniken bör det ske i kontrollerade studier med adekvat information till patienterna, där det framgår att tekniken är under utveckling och kan medföra större risker.

Suture corner

Storz hade i sin utställningsmonter en uppskattad utbildningstation kallad Suture corner där framstående laparoskopister visade på tekniktips vid intrakorporeal suturering. **"Film"** <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/suturcorner.wmv>.

Revisionskirurgi efter lap fundoplikation

Heine v der Walt Sydafrika redogjorde för sitt imponerande material av revisionskirurgi av laparoskopiska fundoplikationer. 2245 reoperationer och 8954 primäroperationer. Denna typ av kirurgi är svår och ska bara utföras på specialistcentra. Frekvensen misslyckade fundoplikationsoperationer ligger omkring 2.7 % på specialistcentra o 15 % på icke specialistcentra. Han var skeptisk till användandet av mesh som förstärkning och hade i sitt material endast använt mesh vid 74 tillfällen med ett dödsfall orsakad av hjärttamponad möjligen orsakad av tuckers som han fäste nätet med. Använd mesh endast när crura är mycket svaga o bråcket stort. Vid reoperation rekommenderade han:

1. Identifiera orsaken till recidivet
2. Lös ner tidigare utförd op
3. Mobilisera esofagus så att distala esofagus når buken utan spänning
4. Konstruera ny adekvat fundoplikation
5. Utför cruraplastiken
6. Förankra fundoplikationen mot crus.

Inre herniering efter LGBP (S.Lambert Belgien)

Han poängterade att symtomatologin vid inre herniering efter LGBP kan vara mycket varierande, radiologin svårtolkad och exploration bör ske när man har kliniska misstankar om intermittent eller permanent herniering. Vid explorationen starta alltid vid caekum och blåddra er upp på tunntarmen mot hernieringen. Vid retrokolisk teknik har man tre potentiella hernieringslokaler och vid antekolisk två (Petersens space o EA slitsen). Vid förslutningen av slitsen sydde han med Ethibond fortlöpande. Filmen visar herniering av efferenta benet genom Petersens space. **Film hör o se föreläsningen.** <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/inreherniaeaes.wmv>

Operation av koledokusgalla efter LGBP

Man visade här en kombinerad laparo-endoskopisk teknik där ingreppet startade med vanlig kolecystektomi o kolangiografi. Därefter sattes två hållsuturer i corpus ventralt och tomi med ultraljudskniven. Via 15 mm port infördes ERCP skopet och därefter utfördes sfincterotomi och stenextraktion. Gastrotomin förslöts med stapel blått magasin. Filmen visar dessa moment. **Film** <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/ercplgbp.wmv>

Flash videos

Kliniska videosessioner brukar dra mycket publik så även fallet vid de två videosessioner som jag avnjöt. Den ena benämnd flash videos och den andra Black videos som visade komplikationer som kan inträffa vid laparoskopisk kolorektalkirurgi. Filmerna och diskussionen kring dessa var utmärkt. Här följer några sekvenser:

1. **Oväntat fynd vid laparoskopisk obesitaskirurgi** **Film**
<mms://wwwv1.orebroll.se/kir/fyndvidlapob.wmv>
2. **Nedlösning av vä flexur vid främre resektion** **Film**
<mms://wwwv1.orebroll.se/kir/black.wmv>
3. Nedlösning av vä flexur
4. Mobilisering av descendens *kommentar om bra kommunikation med narkosen kan man som i detta fall lösa problemet med en grov kanyl instoppad i vä pleura samt sy ihop den iatrogena diafragmaskadan.*
5. Blödning från a mesenterica inf *kommentar i detta fall var att inte överdriva dissektionen. Man kan mycket väl dela a mesenterica inf 2 cm från avgången från aortan.*

6. Iatrogen dislokation av clips *kommentar många i expertpanelen var tveksamma till att använda dessa resorberbara clips o förordade metallclips*
7. Rotation av colon vid låg anterior *klassiskt riskmoment* **Film**
<mms://wwwv1.orebroll.se/kir/blackvideoslapkr.wmv>

Utställningen

I år var utställningen mindre än någonsin. På en fjärdedel av utställningsarean visades laparoskopisimulatorer. I övrigt marknadsfördes singelportarna och tillhörande instrument. En ny kamerahållare Freehand demonstrerades också och den såg smidigt ut men rätt dyr **Film**
<mms://wwwv1.orebroll.se/kir/freehand.wmv> annars fann jag inget nytt revolutionerande att ta med hem till Örebro.

Avslutande kommentar

EAES mötet är alltid lika givande att besöka. Här träffar man kollegor och möter industrin. Får en uppdatering av vad som är på gång och har möjligheter att stämna av hur ens egna klinik ligger till i utvecklingen. Man får idéer till vad som kan bli aktuellt till kommande kirurgveckor efter att ha sett vad som är publikmagneter. Diskussionen kollegor emellan är förstås en av de viktigaste delarna på mötet. Allmänt kan sägas att det blir intressant att följa utvecklingen av singelportskirurgin och se hur många kliniker som startar upp denna teknik i Sverige. Man bör dock vara en mycket tränad laparoskopist och endoskopist och utrustad med gott omdöme om man ska attackera patienternas gallblåsor via singelporten. De lokala etiska kommittéerna har också ett stort ansvar vid bedömningen av studieupplägg och medföljande patientinformation. NOTES kirurgin behöver utvecklas i experimentalmiljö några år till innan man med gott samvete kan erbjuda patienterna att delta i kliniska studier med denna typ av kirurgi.

Vid pennan o kameran

Lars-Göran Larsson
Öl vid kir.kliniken USÖ