

Reseberättelse från EAES mötet i Geneve 16-19 juni 2010



För 18onde gången i rad arrangerades i Geneve årets EAES kongress (European Association for Endoscopic Surgery) och från Sverige deltog endast fem kirurger inklusive organisationens kassör Gunnar Ahlberg Aleris Sabbatsberg. Förmodligen är anledningen till det låga deltagarantalet att kongressen går av stapeln i semesterperiodens start och det kan förmodligen vara svårt att frigöra sig från hemmaklinikerna vid denna tidpunkt. I år hade dessutom EAES delat ut 80 fria medlemskap till svenska laparoskopister men trots detta var alltså representationen från Sverige lågt. Hoppas på bättre deltagarantal nästa år. Utställningen visade inte något revolutionerande nytt. Instrumentföretagen satsar hårt på marknadsföring av SILS tekniken. I spåret av SILS kirurgin har minilaparoskopiska instrument åter börjat marknadsföras. Då man ”konverterar” SILS ingrepp så verkar många ta ett mellansteg mot konventionell laparoskopi genom att använda minilaparoskopiska instrument för att på så sätt minimera risken för störande ärr.

Här följer betraktelser och referat från några av de 8 parallella sessioner som gavs under kongressen. Filmsekvenserna kan ses genom att ni klickar på filmadresserna nedan.

Postgraduate Course: Laparoscopic surgery for gastrointestinal non-trauma emergencies.

Perforerat duodenalulcus B Navez Belgien

Perforationen förekommer i upp till 5 % vid DU med en mortalitet på 3-14 %. Rutinmässig erradikeringsbehandling rekommenderas. Vid perf. DU rekommenderas diagnostisk laparoskopi o rafi. I en *RCT Br J Surg 2005 92 1195-1207* där man jämförde öppen mot laparoskopisk op av vardera 578/535 öppet/lap rafier kunde man konstatera att det vara bättre i laparoskopigruppen med mindre smärtor, väsentligen lika långa vårdtider, färre sårinfektioner och lägre morbiditet 22 / 36 % o lägre mortalitet 2,5 jmf 6 %. Operationstiden är ca 20 min längre vid laparoskopisk rafi.

Risikfaktorer associerade med sämre resultat vid laparoskopisk rafi:

- Patient som är i shock vid inkomsten
- ASA III-IV
- Symtomdebut längre än 1 dygn

Konvertering när:

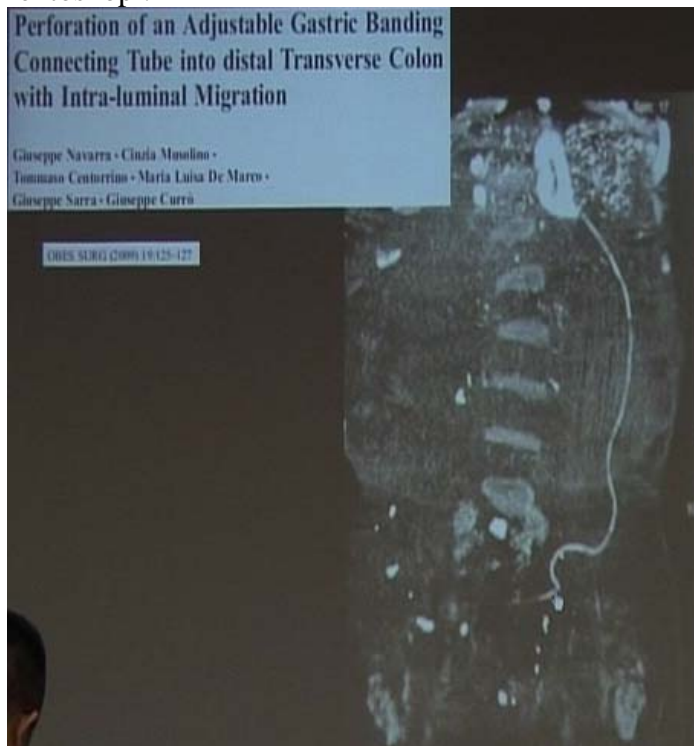
- Svårigheter att lokalisera såret
- Stora sår
- Posteriora bulbulcus
- Sköra sårkanter / blödning
- Kardiopulmonell instabilitet

Operation

Rafi med eller utan omentpatch <mms://www1.orebroll.se/kir/perfduoeaes.wmv>

Banding komplikationer M Morina Italien

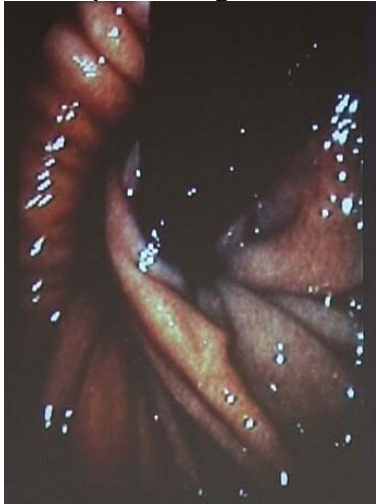
Liksom vid tidigare möten så kan man konstatera att laparoskopiska band fortfarande är en stor artikel i Europa och många posters, filmer och föreläsningar avhandlar problemet med de komplikationer som följer i bandens spår. Hur man hanterar banderosioner, dålig viktreduktion, blödningsproblem, stenoser, pouch/esofagusdilatationer, sondbrott, refluxproblem, infektioner kring porten mm. Det beskrevs tom en ovanlig komplikation där dosans slang släppt från dosan, eroderat till kolon transversum och påträffades vid rektoskopi.



Vid ett fall hade slangen släppt från dosan eroderat fast mot appendix o vid påföljande appendicit med perforation hade man upptäckt tillståndet. Det synes som om man ägnar mer kraft åt att hantera komplikationerna än att fokusera på mindre problemfyllda operationsmetoder. Det verkar dock inte finnas något som tyder på att man vill reducera antalet bandoperationer trots den betydande morbiditet som följer i dess spår.

Slipped Nissen R Mårvik Norge

Lär av andras misstag här några rekommendationer. För framgångsrik laparoskopisk fundoplikation är det viktigt att man opererar på rätt indikation och med hög teknisk kvalitet. Främsta orsaken till recidiv och problem efter denna operation är tekniskt dålig kirurgi primärt. Han rekommenderade att man inte skulle dela de kärl o vagusgrenar som förlöper mot levern och lägga kuffen ovan dessa för att minska risken för slipped Nissen vilket förekommer i 2.5 %. Även utföra cruraplastik. Viktigt att operatören gastroskoperar för att bedöma området då det inte alltid är lätt för gastroenterologerna att diagnosticera avvikande postoperativa fynd som t.ex. nedan där man fundoplikationen sitter väl på plats men där man har en paraesophageal herniering också.



Alla patienter med slipped Nissen behöver inte reopereras. Blir man symtomfri på PPI kan man expektera men om man har helt klarlagd Slipped Nissen förenat med smärtor rekommenderade Mårvik operation.

Film Slipped Nissen <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/slippednisseneaes.wmv>

Film Disrupted Nissen. <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/disruptedeaes.wmv>

Mårviks team hade opererat 40 patienter med tidigare Nissenfundoplikation där cuffen släppt. Samtliga var suturerade med Gortex sutur!

Perforerad appendicit M Lirici Italien

Laparoskopisk appendektomi är en säker metod även vid perforerad appendicit. Det finns evidence att förkortar vårdtiden och reducerar sårinfektionsfrekvensen men metoden är dyrare och ger inte QoL och det finns inget belägg för att det finns några skillnader i frekvensen djupa sårinfektioner för de patienter som opererats med laparoskopi jmf öppen appendektomi. När infektionen går ner mot basen och går över på caekalbasen är det ofta en konverteringsindikation.

Akut kolecystit E.Chouillard Frankrike

Inget nytt inom detta område. Tidig operation rekommenderades. Viktigt med rätt laparoskopisk kompetens. Ingen nybörjar operation. Låg konverteringströskel. Nya tekniker är under utveckling – singelportkirurgi o NOTES dock inte att rekommendera i dagsläget. De filmer som visade laparoskopisk SILS kolecystektomi imponerade inte heller i år. Man gör stora avsteg från det säkerhetstänkande som vi drivit sedan konventionella laparoskopin startade i början av 90-talet. Exponering av Calots triganel, triangulering av instrument /optik, traktion / countertraktion och rutinmässig peroperativ kolangiografi – allt detta utförs med en sämre teknik med SILS men utvecklingen inom området fortgår och industrin jobbar hårt för

att finna bättre instrument /optik /portar /hjälpmedel för att överkomma dessa svårigheter. 10 % av alla posters avhandlade SILS kirurgi.

Iatrogen BDI J Schiappa Portugal

Iatrogena gallgångsskador är fortfarande ett problem inom gallkirurgin och det kommer så förbli även i låg frekvens. Viktigt att optimera kirurgin operationstekniskt och med optimala instrument o vara medveten om gallgångsanomalierna. Ha en låg konverteringströskel. Kolangiografera för att upptäcka skadorna så att snabb rekonstruktion kan utföras av specialistcentra. Deltagarna tillfrågades om man med SILS teknik kunde operera så att man exponerar ”critical safety view”.

Film Hur svarade man . [mms://wwwv1.orebroll.se/kir/critical.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/critical.wmv)

Videosession – hur hantera intraoperativa komplikationer vid gastroesofageala övergången? M Morino Italien

Detta videopass innehöll en hel del matnyttiga videos o diskussioner. Dessa sessioner är alltid stora publikmagneter. Nedan kan ni se operationsfilmerna o efter filmsekvenserna lite av kommentarerna.

Akalasi med perforation

Film 1 [mms://wwwv1.orebroll.se/kir/sondperfakalasiaes.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/sondperfakalasiaes.wmv)

- Suturera hålet med resorberbar sutur och täck området med en anterior cuff
- Kontrollera tätheten och inspektera med intraoperativ endoskopi
- Alla kontrollerade med intraoperativ endoskopi efter avslutad myotomi
- Många sätter inte sond intraoperativt så att man inte riskerar denna komplikation
- Viktigt med kommunikation mellan anestesilog och operatör så att man har fokus på opområdet så att man försiktigt sätter sonden förbi området.

Film 2 [mms://wwwv1.orebroll.se/kir/sondperfakalasiaestva.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/sondperfakalasiaestva.wmv)

Akalasi med perforation med skör slemhinna

Filmer

[mms://wwwv1.orebroll.se/kir/skorslmeaesakalasi.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/skorslmeaesakalasi.wmv)

[mms://wwwv1.orebroll.se/kir/skorslmeaesakalasiitva.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/skorslmeaesakalasiitva.wmv)

- Enstaka suturer helst monofilament som är mindre traumatiskt
- Täck med anterior cuff
- Sond förbi området
- Operatören använde även Tiseel lim samt drän upp mot området flera operatörer var tveksamma till limtekniken

Blödning från a.gastrika sin vid laparoskopisk gastrektomi

Film [mms://wwwv1.orebroll.se/kir/blodningagasticaes.wmv](https://wwwv1.orebroll.se/kir/blodningagasticaes.wmv)

- Ta det lugnt
- Precis haemostas
- Inga blinda klips
- Ibland kan suturligatur i denna situation vara att rekommendera
- Konvertering vb

Cavablödning Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/cavaeas.wmv>

- Dissektionen skedde lite i blindhet
- Konvertera o tillkalla kärkirurg
- Viktigt att ha kontroll på toppen av sitt instrument.
- Ligasureinstrumentet är trubbigt och lite svårt att se vad som gömmer sig i toppen och här krävs bättre dissektion.

Extirpation av distal esofagusdivertikel

Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/distalesofdiveaeas.wmv>

- Delning utförd innan dissektionen var klar
- För tjock vävnad för blått magasin kanske svullet o ödematöst i området här
- Sutur av defekten
- Kontroll med skopi o läckagetest
- Drän

Stapel malfunktion

Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/clipsansamlingeas.wmv>

- Aktivera inte stapeln genom ett konglomerat av tidigare satta clips.
- Rescesera området antingen med stapel i clipsfritt område eller rescesera o förslut med intrakorporeal söm

Cirkulär stapel fast i hypofarynx vid LGBP

Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/cirkstapelfast.wmv>

- M Morino avråder från denna teknik med tanke på risken att ”köra fast” den cirkulära stapelhatten i farynx med risk för att skada här och även esofagus.

Fortledd diatermiskada av d.koledokus

Här visas en video som poängterar risken för fortledd ström via clips på a.cystica till d.koledokus med postop gallläckage. Vid reoperationen syddes perforationen över och även i detta fall användes Tisseel lim som förstärkning dock med reservationen att man inte hade några bevis på att detta var dokumenterat nödvändigt.

Film 1 <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/diatermicbdskadaett.wmv>

Film 2 <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/diatermiskada.wmv>

Strategi för förebygga och behandla komplikationer vid överviktskirurgi

Inre hernieringar diskuterades. Incidensen i litteraturen varierar från 1,5 % till 5 % . Det finns ingen klar konsensus huruvida man ska sy primärt eller ej. Nedan visas en samling studier i ämnet. 90 % av kirurgerna sluter EA slitsen men inte Petersens space vilken är svårare tekniskt att sluta. Den nyss påbörjade svenska studien kommer förbättra kunskapen i denna fråga. <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/herniering.wmv>

INTERNAL HERNIAS incidence rate 1.5 – 5%

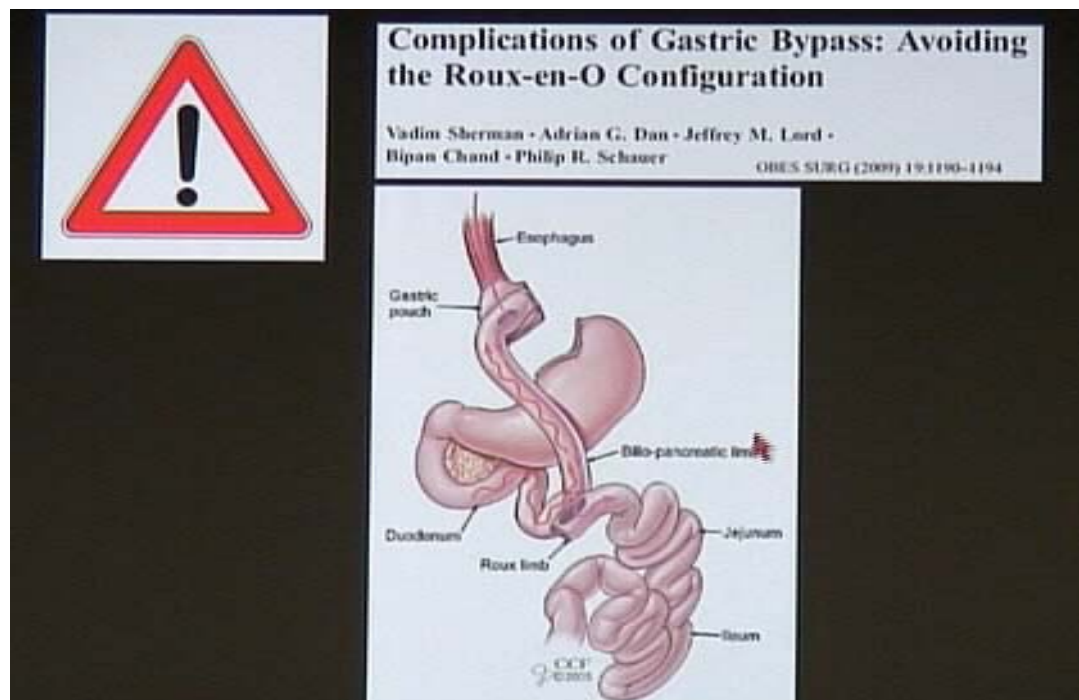
Although much of the bariatric laparoscopic literature recommends closing defects with nonabsorbable sutures, it has also been reported that these defects do not remain closed because the sutures pull through when patients lose weight and mesenteric fat gets metabolized.

Incidence of internal hernia in the reviewed series of LRYGBP

Author	Year published	No. of total cases	Incidence of internal hernia	Type of Roux limb	Mesenteric division	Mesenteric closure at jejunojejunostomy	Mesenteric defect closure of mesocolon	Petersen's defect closure
Rosenthal	Present study	1400	3 (0.2%)	Antrocolic antegastric	No	No	NA)	No
Champion [2]	2003	97	2 (2.1%)	Retrocolic antegastric	Yes	Yes	Yes	Yes
		149	5 (3.3%)			No	No	No
Nguyen [5]	2004	225	2 (0.9%)	Retrocolic retrogastric	Yes	Yes	Yes	Yes
Schauer [10]	2000	275	2 (0.7%)	Retrocolic retrogastric	Yes	Yes	Yes	NA*
Higs [11]	2003	2000	63 (3.1%)	Retrocolic antegastric	Yes	Yes	Yes	Early: no Later: yes
Feldner [13]	2003	115	3 (2.6%)	Retrocolic NA	Yes	Yes	Yes	No (early)
DeMaio [17]	2002	281	5 (1.8%)	Retrocolic retrogastric	Yes	Yes	Yes	NA*
Drossel [18]	2002	100	5 (5.0%)	Retrocolic antegastric	Yes	No	No	No
Sauer [19]	2003	107	1 (0.9%)	Retrocolic retrogastric	Yes	Yes	Yes	Yes

M. Cho et al. / Surgery for Obesity and Related Diseases 2 (2006) 87-91

Roux-en-O en mardröm för obesitaskirurger



Clips eller suturligatur vid laparoskopisk gallkirurgi

Även detta år förfäktade A.Nassar UK att man bör använda sig av ligatur istället för clips när man stänger av d.cystikus o a.cystika vid okomplicerad laparoskopisk kolecystektomi.

Argumentet är att reducera kostnaderna men också få en mängdträning i laparoskopisk introkorporeal suturering/knyttträning. Troligen är detta en rutin som kan användas på högvolumscentra av tränade laparoskopister men som lämpar sig mindre bra på en svensk kirurgklinik med generellt låg operationsvolym.

Film <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/dcystlig.wmv>

Laparoskopisk behandling av parastomal herniering (A Shamiyeh Österrike)

Här visas ett fall med operation av ett parastomalt bråck med implantation av Composit mesh. Viktigt att man dissekerar in hela bråcksäcken o tarmen och att nätet täcker 5 cm runt om . Se fall o teknikbeskrivningen **Film** <mms://wwwv1.orebroll.se/kir/parastomeaes.wmv>

Avslutning

Årets möte var välarrangerat och trevligt. Några revolutionerande nyheter presenterades inte vare sig på operations eller instrumentsidan. SILS kirurgin drivs vidare av entusiaster och det sker en kontinuerlig utveckling av instrument och teknik i ett försök att efterlikna den konventionella laparoskopiska kirurgin. Det är dock en bra bit kvar innan man når samma säkerhetsnivå, komfortabla ergonomi och flyt i kirurgin som vid traditionell laparoskopisk kirurgi. Det är bra att få centra utvecklare och utvärderare tekniken innan den får nationellt fäste. Viktigt är förstås att de patienter som accepterar SILS kirurgiska ingrepp informeras på ett korrekt sätt att den eventuellt förbättrad kosmetiken kopplat till SILS kirurgin sker till priset av lägre kirurgisk säkerhetsnivå. De SILS videos som visades under kongressen imponerade inte. Men SILS kirurgin kommer säkert driva den konventionella laparoskopin till användande av miniinstrument.

Vid pennan o redigeringsbordet

Lars-Göran Larsson
Öl .kir.klin USÖ

