

Laparoskopisk adherenslösning vid långvarig smärta inte självklar

■ Sambandet mellan adherenser i buken och långvarig buk–bäckensmärta är långt ifrån evidensbaserat. Det finns en stor mängd okontrollerade studier av adherenslösning, såväl via laparotomi med mikrokirurgisk teknik som vid laparoskopi, där andelen förbättrade 6–12 månader efter operationen varierar men brukar ligga mellan 50 och 70 procent. Det finns en enda studie som randomiserat patienter till adherenslösning via laparotomi efter föregående laparoskopi eller till exspektans. Trots att materialet var litet lyckades författarna visa att vid uttalade adherenser med fibros, inväxt av blodkärl och sannolikt även av nerver, var operation bättre än exspektans. I gruppen som helhet blev det dock ingen signifikant skillnad (Peters AA, et al. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:59-62).

Det har nu kommit en ny, välgjord studie av Swank och medarbetare med ett relativt stort material (n=116), kvinnor (87 procent) och män (13 procent). Patienterna var samtliga tidigare bukoprerade och hade haft buksmärta i minst 6 månader som uppfattades bero på sammanväxningar. Exklusionskriterier var behandling av psykolog eller psykiater. Man krävde också normala värden på ALT, AST, bilirubin, amylas, urea, kreatinin och normalt ultraljud eller DT. Effekten värderades med VAS och ett livskvalitetsformulär. Uppföljning skedde efter 3, 6 och 12 månader.

Av 121 patienter kunde 100 randomiseras på ett invändningsfritt sätt till laparoskopisk adherenslösning eller till enbart laparoskopi. I kontrollgruppen uppstod inga komplikationer medan adherensgruppen belastades av totalt sex allvarliga komplikationer: två tarmperforationer, en rektovaginal fistel, en abscess, en långvarig paralytisk ileus och en blödning som krävde transfusion.

Resultat efter 12 månader: VAS

sjönk med ca 30 procent i bägge grupperna utan någon skillnad. Livskvaliteten enligt formuläret ökade också med ca 30 procent, åter utan någon skillnad mellan grupperna.

Författarna konkluderar att värdet av laparoskopisk adherenslösning kanske inte ligger i själva adherenslösningen, utan i det faktum att man vid laparoskopin utesluter potentiellt farliga orsaker till smärtan, dvs patienten kan lättare acceptera sin smärta. Detta har setts tidigare i såväl okontrollerade som kontrollerade studier (Ghaly AFF. *J Obstet Gynaecol* 1994;14:269-71).

Av intresse är de 17 patienter i kontrollgruppen med kvarvarande smärta som erbjöds adherenslösning då randomiseringen bröts efter ett år. I denna grupp borde placeboeffekten av en operation rimligen vara mindre. Efter ytterligare ett år hade 7 av 17 mer smärtor än före adherenslösningen, och som grupp fanns det ingen förändring vare sig i VAS eller i livskvalitet.

Författarnas konklusioner, som föranlett många upprörda inlägg i *Lancet*, är att kirurger bör överge laparoskopisk adherenslösning hos patienter med långvarig buk–bäckensmärta.

Kommentarer: Komplikationsfrekvensen, 12,5 procent, är hög, och jag frågar mig om man inte i större utsträckning skulle ha konverterat till laparotomi.

Indikationen för laparoskopi kanske man skall överväga. Det är sant att sammanväxningar inte kan diagnostiseras på annat sätt, och inom gynekologin kan inte heller endometrios identifieras. Några andra diagnoser som skulle missas genom att laparoskopi inte utförs finns knappast, om ultraljud, DT och MR använts.

Ett spännande synsätt har lanserats av Walker, som ger GnRH-analoger till

sina smärtpatienter utan föregående laparoskopi. En klinisk förbättring sågs inte bara hos kvinnor som vid en senare laparoskopi visade sig ha endometrios eller sammanväxningar, utan även hos dem där man inte kunde påvisa något patologiskt (Lyall H, et al. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:340-5).

En bättre utredning före den diagnostiska laparoskopin är viktig. Det finns evidensbaserade studier som talar för ett bättre resultat inom gynekologisk smärta om sjukgymnaster, dietister och psykologer medbedömer kvinnan i ett tidigt skede i stället för att rutinmässigt göra en laparoskopi (Peters AA, et al. *Obstet Gynecol.* 1991;77:740-4).

Det är dessutom oerhört viktigt att påpeka – helst före en eventuell laparoskopi – att normala fynd vid laparoskopin inte betyder att patienten inte har ont, utan att sökandet efter möjliga orsaker till smärtan måste bedrivas intensivare.

Jag delar författarnas tveksamhet inför effekten av adherenslösning vid långvarig smärta. Det finns dock specialfall där sannolikheten för smärtlindring är större: om patienten har en lokaliserad smärta just över det ställe på buken där man påträffar en adherens. Att helt döma ut adherenslösning vid långvarig smärta, känns väl nihilistiskt. Resultaten i många okontrollerade studier samt i den kontrollerade av Peters och medarbetare motiverar i mitt tycke fortsatt verksamhet när det gäller kraftiga adherenser, medan vi däremot bör upphöra att åtgärda tunna adherenser på smärtindikation.

Lennart Hahn

lennart.hahn@swipnet.se

Swank DJ, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet.* 2003;361:1247-51.

annons 176 x60