

Gastroenterologisk kirurgi

Utviklingen innen det kirurgiske fagfelt de siste 25 år har vært preget av en uttalt grenspesialisering; den generelle kirurgen som dekker «det meste» møter man sjeldnere. Organsystemer og etablerte grenspesialiteter har funnet hverandre og lever i varierende grad sine egne liv med mer eller mindre veldefinerte kliniske problemstillinger og pasientgrupper. Noen oppfattet kanskje den *gastroenterologiske kirurgiske* grenspesialitet, formelt godkjent i 1979, kun som et nytt navn for den generelle *abdominalkirurgi*, noe kirurger alltid hadde praktisert. Erfaringer fra de senere år har vist at dette kun delvis er tilfelle. I 1996 ble Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi (NFGK) stiftet, og dermed hadde alle kirurgiske grenspesialiteter fått sin egen forening, med Norsk kirurgisk forening (NKF) som den samlende paraplyorganisasjon.

Den kliniske hverdag er i stadig endring, både på grunn av forandringer i lokal organisering og drift av sykehus og avdelinger, men også på grunn av nye generelle rammebetingelser eller overordnede helsepolitiske beslutninger. Faglige fremskritt, nye kliniske erkjennelser og en generell sykdomsutvikling, kreftsykdommer i mage og tarm inkludert, har bidratt til at oppgaver, muligheter, metoder og utfordringer har endret seg de siste 25 år. Infeksjonskomplikasjoner knyttet til mage-tarm-kirurgi var et klinisk viktig problem også på 1980-tallet. Basert på flere kliniske studier, der også norske kirurger og avdelinger var viktige bidragsytere, ble korttidsprofylakse med antibiotika etablert som standard, ikke minst knyttet til elektiv kolorektalkirurgi. Dette reduserte den postoperative infeksjonsrate dramatisk. Pasienter med peptisk ulcusykdom ble i stor stil behandlet med syrehemmende medikamenter, og kirurgisk med ventrikkelsparende selektiv proksimal gastrisk vagotomi (PGV). Dette ble oppfattet som et stort fremskritt, da alternativet tidligere for mange av disse pasientene hadde vært ventrikkelreseksjon. Ingen tenkte den gang at ulcusykdommen skulle bli en infeksjonssykdom, slik ettertiden har vist.

Frem mot årtusenskiftet skjedde ting fort; utvikling og introduksjon av endoskopiske og laparoskopiske tilganger og prosedyrer gav nye muligheter, men krevde også mye nytt utstyr og klinisk kompetanse. Behandling av gallegangsstein ble først og fremst en endoskopisk utfordring. Galleblæren kunne fjernes laparoskopisk ved symptomgivende gallesykdom, og akutt appendisitt kunne også opereres via kikkhulltilgang. Dette paradigmeskiftet i operativ tilgang skjedde uten basis i vitenskapelig metode og forskning. Den teknologiske utvikling skjedde selvstendig også på andre fagfelt, og det fikk direkte betydning for gastroenterologisk kirurgisk praksis. Ikke minst gjaldt dette de nye bildediagnostiske muligheter som ultralyd, stadig raskere og bedre CT-diagnostikk og ikke minst de mulighetene som MR gir i mange sammenhenger. Muligheter for peroperativ ultralyd (både ved åpen og ved laparoskopisk kirurgi) har gitt kirurgen et «nytt øye».

Tekniske nyvinninger av betydning for selve det operative inngrepet ble gjort i og med at «symaskiner» (staplere) ble allment tilgjengelig i 1980-årene, oftest som engangsutstyr. Enkelte prosedyrer (anastomoser) ble ved bruk av staplere teknisk enklere, raskere å gjennomføre og ved noen inngrep også tryggere enn konvensjonell suturteknikk. Slike instrumenter ble også etter hvert tilpasset den laparoskopiske tilgang.

Innen gastroenterologisk kreftkirurgi har oppmerksomheten vært rettet mot betydningen av det primære operative inngrepet: inngrepets omfang, peroperativ overvåking og oppfølging. Ved kreft i magesekken, en kreftsykdom der forekomsten er i stadig tilbakegang, er fortsatt ikke femårsoverlevelsen over 45–50 % hos pasienter som anses radikalt operert. I motsetning til kreft i magesekken, har vi observert en til dels dramatisk økning i ende- og tykktarmskreft. Bedre preoperativ stadieinndeling av endetarmskreft har gitt et bedre grunnlag for å selektene pasienter som kan profitte på preoperativ strålebehandling. Samtidig har innføring av en ny og mer anatomisk operasjonsmetode (total mesorektal

eksisjon, TME) vist at man uten strålebehandling kan redusere den lokale residivfrekvens fra 30 % til knapt 10 % hos pasienter som opereres for rectumkreft. Dermed kan strålebehandling reserveres for pasienter med denne kreftformen i lokalt avansert stadium.

Multimodal behandling, der tverrfaglige team samarbeider tett, er blitt både vanlig og nødvendig ved mange seksjoner som behandler kreftsykdommer i mage-tarm-kanalen. Spiserørskreft er relativt sjelden i vårt land, men både den preoperative utredning, som i dag oftest innbefatter endoskopisk ultralydundersøkelse, og valg av behandling, er eksempler på at gastroenterologiske kirurger, gastroenterologer, onkologer, radiologer og patologer må tilstrebe en god og kontinuerlig kommunikasjon, gjerne i form av regelmessige kliniske konferanser.

Mens leverkirurgi før 1975 hørte til sjeldenhetene, er dette i dag et rutineinngrep ved universitetssykehusene og enkelte andre sykehus. Kirurgisk behandling av levermetastaser, avansert galleveiskirurgi og pancreaskirurgi er også eksempler på viktigheten av flerfaglige team. Samarbeidet med kollegene på anestes- og intensivavdelinger spiller en viktig rolle. I løpet av de siste 25 år har det gastroenterologisk-kirurgiske miljø erfart at betydningen av adekvat kreftkirurgi ikke blir mindre om resultater oppnås innenfor en ramme av samarbeid og tverrfaglighet.

Fremtiden er spennende. Faget vårt blir trolig i enda større grad enn tidligere preget av teknologiske fremskritt innen både diagnostikk og selve den operative virksomhet. Det blir en stor utfordring å kunne skille det som er godt, trygt og nyttig for pasienten fra det som først og fremst er spennende og artig for kirurgen.

I en verden preget av rivende teknologisk utvikling vil trolig fortsatt de menneskelige ressurser, inkludert den sosiale kompetanse hos hver enkelt medarbeider, være etterspurt av arbeidsgivere. Klinisk kompetanse og evne til god kommunikasjon vil være viktige suksessfaktorer i forhold til pasientgrupper som i økende grad kan velge hvor de vil la seg undersøke og behandle.

Jon Arne Søreide

jon.soreide@kir.uib.no
Institutt for kirurgiske fag
Universitetet i Bergen
og
Kirurgisk avdeling
Stavanger universitetssjukehus

Asgaut Viste

Institutt for kirurgiske fag
Universitetet i Bergen
og
Kirurgisk avdeling
Haukeland Universitetssjukehus

Generell kirurgi

Norsk kirurgisk forening representerer generell kirurgi i Norge. Foreningen har de siste 25 årene utgitt *Vitenskapelige forhandlinger*, som er en samling av abstrakter fra alle foredragene som holdes på foreningens årlige høstmøte. Denne gir en god dokumentasjon på utviklingen innen det kirurgiske faget og viser at utviklingen innen kirurgien har vært enorm de siste 25 årene. Den generelle kirurgen har mer eller mindre forsvunnet og er erstattet av subspesialister, med en generell kirurgisk grunnutdanning. Mamma- og endokrinkirurgien er det siste området som nå blir en egen subspesialitet, og da står man igjen med traumatologien som den generelle kirurgien skal ta ansvaret for.

For 25 år siden var det fortsatt hovedsakelig de tradisjonelle kirurgiske instrumentene som ble brukt, men siden 1981 ser vi en fantastisk utvikling innen bildeformidlingen. Bildeformidling har dannet grunnlag for utviklingen av nye instrumenter og behandlingsmetoder. Fra høstmøtet 1981 finner vi flere eksempler på at ny

teknologi og nye instrumenter var på vei inn. Urologene presenterte laserbehandling av svulster i urinblæren, ortopedene presenterte materialer hvor artroskopet var tatt i bruk i diagnostikken av kne- og skulderlidelser, og karkirurgene fremla de første resultatene på perkutan transluminal angioplastikk (PTA). Aortaaneurismene ble alle fortsatt operert åpent, og alternativ aktiv behandling eksisterte ikke. Gastrokirurgene presenterte erfaringer med kolskopet, men kirurgene var mest opptatt av åpne operasjoner. I dag er mange av dem erstattet av laparoskopiske inngrep. Høstmøtet 1981 hadde flere presentasjoner som diskuterte adipositas kirurgien og dens komplikasjoner. De fleste metodene er forlatt pga. dårlige resultater og alvorlige komplikasjoner. På årets høstmøte, 25 år senere, finner man igjen den samme problemstillingen, men nå med laparoskopisk teknikk som reduserer komplikasjonene og det kirurgiske traumet. For 25 år siden kunne generellkirurgen behandle de fleste av de sykdommene som er nevnt. I dag utføres disse inngrepene av subspecialister, mens en kirurg som «bare» er generell kirurg, ofte vil føle seg for lite kvalifisert til å utføre mange av dem.

Utviklingen de siste 25 årene har altså endret kirurgien radikalt. Kikkhullskirurgien har redusert det kirurgiske traumet betydelig, samtidig som nye metoder har gjort det mulig å behandle sykdommer man tidligere ikke kunne gjøre noe med. Parallelt med den enorme kirurgiske utviklingen har anestesifaget utviklet seg, slik at en stor del av kirurgien i dag kan utføres som dagkirurgi. Dagkirurgi var nærmest et ukjent begrep for 25 år siden. Denne utviklingen har også medført at vi i dag ikke har aldersgrenser for kirurgisk behandling, som man for 25 år siden så på som naturlig og riktig.

Utviklingen innen kirurgi fortsetter i økende tempo. På årets høstmøte presenteres resultatene fra robotassistert kirurgi og computerassistert navigasjon for å sikre bedre kirurgiske resultater. Teknologien flytter stadig grenser med hensyn til hva som er mulig å angripe kirurgisk. Utfordringen for kirurgene blir å veie mulighetene for å utføre en operasjon mot risiko og gevinst ved en slik behandling. I et samfunn der vi alle stadig forventer mer av hva som er mulig å utføre medisinsk, og kravene til funksjon øker, blir kirurgens oppgave vanskeligere. Her ser vi heldigvis at dagens muligheter til å samle og analysere resultater raskere enn tidligere kan gi oss kunnskap og støtte til vanskelige kirurgiske beslutninger.

Utdanning av kirurger blir en stor utfordring fremover. Teknologien medfører en spesialisering som begrenser den faglige bredden kirurgen kan mestre. Et problem er at det blir et mindre antall operasjoner som utføres åpent. Dette antallet skal så fordeles på flere kirurger. Dermed må det gjøres spesielle grep når det gjelder opplæring i tekniske ferdigheter. Utdanningskandidatene vil måtte få større muligheter til å øves opp i kirurgiske teknikker på modeller og simulatorer for å nå et akseptabelt ferdighetsnivå.

Hva forventer vi så vil skje med kirurgien de neste 25 årene? Flere kirurgiske sykdommer vil trolig bli behandlet farmakologisk. Enda flere kirurgiske behandlinger vil bli utført med minimalt invasiv teknikk. Indikasjonen for behandling vil flyttes i tråd med den teknologiske utviklingen og kravene fra pasientene. Kirurgi hos eldre mennesker vil bli en hovedutfordring. En stadig bedre utviklet computerassistanse vil medføre en mer kvalitetssikret og standardisert kirurgisk behandling.

De generelle kirurgene vil gradvis bli færre og muligens erstattet av traumatologiutdannede kirurger som vil ha en viktig funksjon i samordning og koordineringen av behandling av traumepasienten. I dag er det ingen spesialitet som tar et helhetlig ansvar for denne pasienten.

Lars R. Vasli
lars@vasli.no
Kirurgisk klinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Geriatrici

Ved Legeforeningens 100-årsjubileum for 25 år siden var spesialiteten geriatri bare seks år gammel. Norsk geriatrisk forening ble stiftet 1.11. 1973 på et møte ved Ullevål sykehus. Foreningens lover ble vedtatt i januar 1974, og senere samme år fikk foreningen status som spesialforening i Den norske lægeforening. Geriatri ble godkjent som grenspesialitet av indremedisin i mai 1975.

Utgangspunktet er sagt å være Karl Evangs appell i 1948 med oppfordring til Nasjonalforeningen for folkehelsen om å engasjere seg i eldres helse. Lite skjedde før den første sykehusavdelingen for geriatri i Norge ble etablert ved Ullevål sykehus i 1978. I andre land vi liker å sammenlikne oss med var man for lengst i gang. På Ullevål sykehus kom også det første professoratet i geriatri i 1982.

I midten av 1980-årene var det 30 godkjente spesialister i geriatri i Norge. I begynnelsen av 1990-årene hadde vi fortsatt bare 50, derav 40 yrkesaktive. Legeforeningens generalplan for geriatri fra 1988 hadde et behovsestimat på 100 geriater. Per 2005 er det totalt 119 godkjente spesialister, derav 80 yrkesaktive.

Faget har likevel en rekke utfordringer: Vel 50 % av dem som i innlegges indremedisinske avdelinger i dag er over 75 år, og 25 % av disse har multiple helseproblemer med behov for tverrfaglig tilnærming. Økt helsetjenesteforbruk har selvsagt sammenheng med den demografiske utvikling med et økende antall eldre og med aktuelle epidemiologiske forhold. De neste 25 årene vil særlig bli en prøvestein i forhold til hvordan vi har planlagt helsetjenester for de eldste. Geriatrien forventes både å yte tjenester på hele eldre-feltet, fra sykehus til sykehjem, og dessuten stille opp for allmenn-helsetjenesten når den har behov for det. Denne forventningen skyldes delvis at geriatrien selv ikke har levert klare nok premisser til diskusjonen om spesialitetens innhold.



Foto privat