

Kikkertoperation for prostatakraft

Af overlæge Johan Poulsen, ansat ved Urologisk Afdeling, Aalborg Sygehus.

Siden januar 2000 desuden ansat som deltidsoverlæge med speciale i kikkertkirurgi ved King's College Hospital i London.



Baggrund

Radikal operation som behandling for lokaliseret prostatakraft har næppe mere end 10-12 år på bagen her i Danmark. Imidlertid er indgrebet efterhånden ved at blive en af de hyppigst udførte canceroperationer i urinvejene hos mænd. Ved en velgennemført operation hos den rigtige patient vil indgrebet yde en stor chance for varig helbredelse. Nu om dage kan indgrebet enten udføres som en almindelig, åben operation eller som kikkertoperation.

Kikkertoperationer har de sidste 10 år vundet indpas indenfor de fleste kirurgiske specialer. Metoden byder på en række fordele for patienterne. Det allervigtigste er formentligt, at smerterne efter indgrebet reduceres, patienterne ligger langt kortere tid på sygehus, og når de er kommet hjem, sker rekonvalescensen langt hurtigere. I urinvejene kom der først gang i kikkertoperationerne i 1991, hvor Ralph Cayman fra St. Louis i USA udførte fjernelse af en nyre ved hjælp af kikkert. Dette medførte en hastig udvikling i metoden. I Europa var det Malcom Coptcoat fra King's College Hospital i London, som udførte den første kikkertoperation. De første mange år var der stilstand i udviklingen, idet man anså det for at være for vanskeligt at udføre kikkertoperationer, og der var risiko for alvorlige komplikationer. Det næste store fremskridt skete i 1999, hvor Guy Vallencien, professor fra L'Institute Mutualiste i Montsouris i Paris standardiserede og populiserede den laparoskopiske radikale prostatektomi (laparoskopi: kikkertundersøgelse). Dette har medført en kæmpe udvikling, netop indenfor prostatektomierne.

Udvælgelse af den rette patient

Det er vigtigt, når man tilbyder operation, at udvælge patienterne rigtigt. Man bør ikke skabe falske forhåbninger. Som tommelfingerregel kan det siges, at jo mindre syg kirtlen er, jo tættere kan man tillade sig at gå ind til den, når den fjernes. Herved øges også sandsynligheden for, at nervebanerne kan skånes, og at potensen kan bevares efter indgrebet. En regel er, at hvis der er en mærkbar knude i kirtlen, bør man ikke forsøge at bevare nerverne på samme side. Desuden bør man næppe forsøge nervebevarende operation, hvis sygdommen er af den aggressive type. Det er også vigtigt at fortælle patienterne, at selv om man har forsøgt nervebevarende operation, så vil der ofte ske en reduktion/bortfald i potensen hos ca. halvdelen af patienterne. Her kan man dog forvente gevinst af tidlig penil rehabilitering ved hjælp af medicinsk behandling, så snart kateteret er blevet fjernet

(anvendelse af Viagra-lignende stoffer for at øge blodomløbet i svulmelegemerne tidligt efter operationen). Dette har vist sig at kunne fremme tilbagekomsten af potensen hurtigere. Vedrørende kontinensen, så er dette et mindre problem. Med den nye anatomiske frilægning af kirtlen er skader på lukkemusklen et langt mindre problem end tidligere.

Hvilke fordele er der så ved kikkertoperation frem for åben operation?

Under selve indgrebet: En fordel vil være, at overblikket, mens man udfører operationen, er langt bedre end ved åben operation. Alfa og omega under kikkertoperationer er at undgå, at det begynder at bløde. Herved skaber man også et langt bedre indblik i operationsfeltet. Man vil være i stand til, meget nøjagtigt, at identificere nervebaner og urinrørets lukkemuskel. Man kan med kameraet gå ganske tæt på de anførte strukturer, hvorved de forstørres, så f.eks. selve urinrørsåbningen kan komme til at fylde hele fjernsynsskærmen. Dette giver en stor mulighed for at placere trådene meget nøjagtigt i sammensyningen mellem urinrør og urinblære. Desuden kan man identificere lagene i prostata, således at de yderste lag kan skilles fra selve kirtlen og hermed bevare nervebanerne.

Såfremt der kommer signifikant blødning undervejs, vil man ofte tabe overblikket og herved blive nødt til at konvertere til almindelig åben operation. En ulempe ved kikkertkirurgi har indtil nu generelt været, at disse tager længere tid end åbne operationer. Dette skyldes, at man arbejder meget langsomt for netop at forebygge blødning. En anden fordel er derfor, at patienterne bløder langt mindre under kikkertoperationer. Imidlertid har man på det sidste kunnet udføre kikkertoperation lige så hurtigt som almindelig åben operation. Man forventer, efterhånden som nye generationer af kirurger kommer til, at kunne udføre kikkertkirurgi i langt større udstrækning end nu.

Umiddelbart efter operationen

Patienten vil have langt færre smerter end ved åben operation. Som oftest vil man nøjes med at give almindelige gigttabletter som smertestillende. På vores afdeling får patienterne Orudis 100 mg x 2 og Panodil 1 g x 4, og dette er tilstrækkelig smertelindring. De fleste kommer ud af sengen få timer efter at de er vågnet af bedøvelsen. Den nedsatte smerte medfører, at patienterne vil føle sig langt mindre syge efter kikkertkirurgi end ellers.

Udskrivelse til hjemmet

De allerfleste patienter bliver udskrevet dagen efter operationen. Mange steder i udlandet kan man udføre kikkertoperationer som såkaldt Endags-kirurgi (operation og udskrivelse indenfor 23 timer). Dette er ikke urealistisk her til lands.

Efter at patienten er kommet hjem

De fleste vil være langt mere mobile og vil kunne genoptage vanlige gøremål hurtigere. En hæmmende faktor er dog, at man har kateter i den første tid efter operationen. Indtil nu har vi valgt at beholde kateteret i 14 dage. Dette vil formentlig kunne reduceres til en uge uden større problemer. Erfaringen siger, at jo længere patienten har kateter, jo oftere vil han få blærebetændelse eller andre problemer af kateteret. Ved åben operation får de fleste patienter løfteforbud i ca. 8 uger postoperativt. Dette er ikke nødvendigt ved kikkertoperation, idet der ikke findes noget ar, men blot 4 små portsteder. Dette betyder også, at der meget sjældent optræder sårproblemer efter indgrebet (blodansamling, smerter, betændelse eller brok i såret).

Selve cancerdelen af operationen

De fleste opgørelser viser, at kikkertoperation kan udføres lige så sikkert som åben operation, hvad selve fjernelsen af kræftsygdommen angår. Der er ikke flere tilfælde, hvor der er cancervæv i

snitfladen ved åben end ved kikkertoperation. Desuden ses tilbagevending af PSA i blodet (PSA-recidiv) ikke hyppigere ved kikkertoperation end ved åben operation.

Generhvervelse af normal vandladning

Der er formentlig her visse fordele ved kikkertoperation. Man kan bedre identificere lukkemusklen under operationen og sætte trådene mere skånsomt end ved åben operation. Desuden vil man ofte opnå en lidt mere vandtæt sammensyning mellem urinrør og urinblære. Lækage af urin mellem trådene vil ofte indebære risiko for betændelse og forsnævring af sammensyningen. Dette ses mere sjældent ved kikkertoperation end ved almindelig åben operation. De fleste patienter vil, efter at kateteret er blevet fjernet, opleve kontinensproblemer. Dette afhjælpes dog ved et regelret træningsprogram (biofeedback), hvor bækkenbundens muskulatur genoptrænes på en systematisk måde.

Varig, signifikant inkontinens er sjælden og ses hos mindre end 5% af patienterne. De fleste vil opleve en betydelig forbedring i deres vandladning, idet prostataobstruktion jo ophæves ved indgrebet.

Generhvervelse af potens efter operationen

Det er her vigtigt, at patienten er grundigt informeret forud for operationen. Man bør kun tilbyde nervebevarende radikal prostatektomi hos patienter, hvor dette er indikeret. Det primære vil være, at al kræftvæv skal fjernes ved operationen, og man bør ikke gå på kompromis med radikaliteten. Selv om der er udført nervebevarende operation, vil patienten ofte opleve impotens/stærkt nedsat potens den første tid efter operationen. I den forbindelse vil det fremme tilbagevenden til normal potens at give systematisk ”genoptræning”. Dette kan gøres på mange måder. Den mest almindelige er nok at give fosfordiasteraserhæmmer (Viagra eller lignende stoffer) i de første uger efter at kateteret er fjernet. I denne forbindelse har Cialis været særlig velegnet (på grund af sin lange virkningstid). En Cialis-tablet virker typisk fremmende på blodgennemstrømningen i svulmelegemerne i 2 døgn. Man kan således ved at give 3 tabletter om ugen øge gennemstrømningen af blod i det kavernøse væv i hele ugen. Dette forhindrer, at der kommer indskrumpling og bindevævsdannelse i svulmelegemerne. Dette er formentlig årsagen til de mere permanente potensskader. Man kan også anvende tidlig behandling med Alprostadil/prostaglandin. Dette gives enten ved hjælp af tablet i urinrøret eller som en indsprøjtning. Princippet er det samme, nemlig at øge blodgennemstrømningen i svulmelegemerne så tidligt efter operationen som muligt. En tredje metode vil være at anvende vacuum-apparat. Dette er en specialdesignet glasklokke, der sættes hen over penis, hvorved penis fyldes med blod ved hjælp af vacuum. Alle 3 metoder har samme formål, nemlig at øge gennemstrømningen af blod i svulmelegemerne, hvorved permanente skader i form af bindevævsdannelse og atrofi undgås.

Hos patienter, der har fået udført ikke nervebevarende operation, vil der også være mulighed for, at genoptage seksuallivet ved hjælp af prostataglandin, enten urethralt eller som injektion. I sådanne situationer vil fosfordiasterasehæmmer meget sjældent have effekt. En ultimativ mulighed er selvfølgelig at indoperere en penisprotese, som oftest vil være velfungerende, men dette er en større og ikke ukompliceret operation.

Hvordan udfører man rent teknisk kikkertoperation for prostatakræft

Principielt udføres indgrebet på samme vis ved almindelig kikkertoperation, som hvis det bliver udført med assistance af DaVinci-robotten.

Kikkertoperationen er beskrevet i en lille billedserie, der er lagt ind på [www. propa.dk](http://www.propa.dk), hvor den findes under ”Udvalgte artikler”.

Sammenligning mellem laparoskopiudført og DaVinci robotassisteret radikal prostatektomi

Her er der ikke påvist forskelle, når man sammenligner langtidsresultaterne. Blødningen er den samme, radikaliteten af operationen den samme, kontinens- og potensforholdene formentlig også de samme. Patienterne har lige få smerter efter de 2 indgreb og kommer hjem lige hurtigt fra sygehuset.

De fleste kirurger, der anvender robotten, går igennem bughulen for at udføre indgrebet, hvilket kan være en ulempe, idet patienten kan få lidt tarmsymptomer bagefter og også er nødt til at ligge lidt mere stejlt med hovedet nedad under operationen. De store fordele ved robotten ligger i de rent tekniske. Den er langt lettere at anvende end laparoskopi. Oplæringskurven er hurtigere og arbejdskomforten for kirurgen langt bedre.

Imidlertid er den helt store forskel prisen. En robot koster ca. 11 millioner kr. i anskaffelses-pris. De årlige vedligeholdelsesudgifter er 1,1 million kr. Hertil kommer udgifter til engangsinstrumenter. Hvis robotten er i brug 250 dage om året med 1 operation dagligt i 5 år, vil det således koste ca. 40.000 kr. pr. indgreb at anvende den. Hvis det samme indgreb udføres laparoskopisk, koster det ca. 5.000 kr. i engangsudgifter pr. operation. Herudover kommer selvfølgelig anskaffelse af kikkertudstyr, som dog er standard på de fleste danske operationsstuer (en videosøjle koster ca. ½ million kr.).

Ulempen ved laparoskopi er imidlertid den lange oplæringstid for kirurgen. Her forventer man dog, at dette vil ændres når de nye generationer – dem der får laparoskopisk kirurgi ind med modernismen – kommer til fadet. Den anden mulighed er selvfølgelig, at robotten med tiden vil blive ganske betydeligt billigere.

Ved Region Midt og Nord i Danmark er der etableret et uddannelsescenter (MIUC). Her tilbydes alle læger i kirurgiske introduktionstillinger formaliserede kurser i kikkertoperationer. De skal således meget tidligt i uddannelsen gennemgå mindst 2 kurser af i alt 5 dages varighed, hvor de systematisk får lært at holde på instrumenter, udføre dissektioner og udføre syninger i forskellige modeller. Der anvendes både computer-simulatorer, black-boxe og også organmodeller i træningen. En anden fordel ved disse kurser er, at man vil spotte eventuelle talenter meget tidligt og foranledige, at disse får mulighed for yderligere optræning.

Konklusion

Kikkertoperation for prostatakræft er kommet for at blive. Hvorvidt dette skal være som almindelig kikkertoperation eller assisteret af DaVinci-robotten er endnu uafklaret. Ulemperne ved DaVinci-robotten er den høje pris. Fordelene er overblikket under operationen, og at det ikke er særlig svært at anvende robotten. Fordelen ved almindelig kikkertoperation er overblikket under operationen og resultaterne. En anden fordel er prisen, idet det er langt, langt billigere at udføre almindelig kikkertoperation end DaVinci-assisteret operation. Det er formentlig også billigere end almindelig åben operation, hvis indlæggelsesdage, rekonvalescens etc. tages i betragtning.

Redaktionens bemærkning:

En artikel om operation med robot (DaVincy systemet) har været optaget i PROPAs NYT juni 2006,

og artiklen kan tillige læses på PROPAs hjemmeside www.propa.dk – Udvalgte artikler.