

Forandringens vinder blåser i friske kast over hele det medisinske landskap. Mye er i endring. Innen det gynekologiske fagområdet har mer skånsomme medikamentelle eller minimalt invasive metoder i løpet av få år erstattet store deler av den tradisjonelle operative virksomhet. Gradvis endres faget fra en hovedsakelig kirurgisk til en mer medisinsk preget spesialitet.

In vitro-fertilisering og beslektede metoder har avløst rekonstruktiv tubekirurgi. Ultralyddiagnostikk kombinert med enkel endometriaspasasjon har erstattet eksplorativ abrasio. Cervixdysplasi, inkludert carcinoma in situ, behandles poliklinisk med enkel slyngekonisering. Medikamentelle alternativer benyttes i økende grad ved ektopisk graviditet og svangerskapsavbrudd. Ved urininkontinens er suprapubiske og andre operasjoner for en stor del avløst av tensjonsfri implantasjon av vaginal tape. Laparotomi ved adnexlidelser er avløst av mer skånsom laparoskopisk behandling. I tillegg antar man at antall prolaps- og descensoperasjoner vil avta som følge av færre fødsler per kvinne og bedret svangerskaps- og fødselsomsorg.

Antall hysterektomier på grunn av blødningsforstyrrelser eller myom forventes å avta som følge av bruk av intrauterin prevensjon med levonorgestrel, ulike transcervikale prosedyrer og kanskje også økt bruk av emboliseringsbehandling (1–4). Dette er et lovende, skånsomt, minimalt invasivt alternativ som allerede utføres ved universitetssklinikene i Oslo og Tromsø.

Ifølge en nylig publisert undersøkelse fra Nederland er utviklingen innen operativ gynekologi gjennom åtteårsperioden 1991–98 tydelig (5). Tallmateriale innhentet fra samtlige av landets 119 sykehus viser at antallet abdominale og vaginale hysterektomier er redusert med henholdsvis 33% og 21%, prolapskirurgi med 16% og inkontinenskirurgi (suprapubisk kolposuspensjon, Burchs operasjon) med hele 46%. Ifølge redaktørens kommentar i samme nummer av *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* er inntrykket det samme i Storbritannia, men det finnes foreløpig ikke sikre tall for dette (2).

Med relevans til denne utvikling redegjør Hjalmar Schiøtz i dette nummer av Tidsskriftet for langtidsresultater av transcervikal endometrireseksjon (3). I denne studien unngikk 80% av pasientene i behandlingsgruppen hysterektomi. Da de transcervikale behandlingsmetodene ble introdusert for 10–15 år siden, ble det forventet at antall hysterektomier ville bli kraftig redusert (6, 7), men det er usikkert i hvor stor grad denne

effekten har gjort seg gjeldende. Tall fra Storbritannia kan tyde på at terskelen for behandling er blitt lavere, uten at dette har ført til reduksjon i antall hysterektomier (8).

Ved de gynekologiske sykehusavdelingene i Norge har endringene innen operativ gynekologi fått store organisatoriske og praktiske konsekvenser. Utviklingen går fra sykehusinnleggelse til dagkirurgi og fra dagkirurgi til poliklinisk behandling. Enkle overslag basert på liggetid og antall inngrep tilsier at det løpet av 10–15 år har vært en innsparing på minst 40 000 liggedøgn per år. I tillegg er 10 000–20 000 dagkirurgiske behandlinger gradvis konvertert til poliklinisk behandling.

Denne utviklingen påvirker også spesialistutdanningen. Noen aktuelle dilemmaer og utfordringer for assistentleger er nylig tatt opp i et korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet (9). For Spesialitetskomiteen i fødsels hjelp og kvinnesykdommer er det en vanskelig balanse når kravene til operativ virksomhet skal formuleres. Målet er å utdanne generalister, men tiltakende subspecialisering og et minsket samlet operasjonsvolum kan gjøre det vanskelig for spesialistkandidatene å fylle kravene. Kravene til operasjonslister kan derfor ikke være statiske – de må kontinuerlig justeres i henhold til den medisinske utvikling. For om lag tre år siden ble kravene til inkontinenskirurgi vesentlig redusert. Ifølge leder i Spesialitetskomiteen virker det nå som om utdanningskandidatene i økende grad også får vansker med å oppnå tilstrekkelig antall vaginaloperasjoner (Bjørn Backe, personlig meddelelse).

Indikasjonsstillingen for operasjoner må ikke påvirkes av utdanningskandidatenes behov for å få fylt sine operasjonslister. Hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet tilsier at flere av de mer krevende endoskopiske teknikker forbeholdes et begrenset antall leger med særlig kompetanse og interesse. Selv om faget nok endres i medisinsk retning, er det derfor et paradoks at visse deler av den nye skånsomme minimalt invasive kirurgien faktisk øker kravene til kirurgisk kompetanse. Dette må man ta hensyn til i planleggingen av spesialistutdanningen i gynekologi.

Jan Martin Maltau
jan.maltau@rito.no
Kvinneklubben
Regionsykehuset i Tromsø
9038 Tromsø

Jan Martin Maltau (f. 1938) er professor ved Universitetet i Tromsø og avdelingsleder ved Kvinneklubben, Regionsykehuset i Tromsø.

Litteratur

1. Lahteenmaki P, Haukkamaa M, Puolakka J, Riikonen U, Sainio S, Suvisaari J et al. Open randomised study of use of levonorgestrel intrauterine releasing intrauterine system as alternative to hysterectomy. *BMJ* 1998; 316: 1122–6.
2. Editor's choice. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 669–70.
3. Schiøtz HA. Transcervikal endometrireseksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2706–9.
4. Goodwin SC, Wong GC. Uterine artery embolization for uterine fibroids. A radiologist's perspective. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 412–24.
5. Brolmann HA, Vervest HA, Heineman MJ. Declining trend in major gynaecological surgery in The Netherlands during 1991–1998. Is there an impact on surgical skills and innovative ability? *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 743–6.
6. Magos A. Management of menorrhagia: hysteroscopic techniques offer a revolution in treatment. *BMJ* 1990; 300: 1537–8.
7. Maltau JM. Operativ gynekologi i forandring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 1212–3.
8. Bridgman SA, Dunn KM. Has endometrial ablation replaced hysterectomy for the treatment of dysfunctional uterine bleeding? *National figures*. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 531–4.
9. Olsen IP. Spesialistutdanningen i fødsels hjelp og kvinnesykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2205–6.