

*Fordeler og ulemper ved ny og gammel operasjonsteknikk – hva skal veie tyngst?*

# Laparoskopisk kirurgi ved endometriekarsinom

Laparoskopisk operasjonsteknikk representerer en metodologisk og kirurgisk innovasjon som raskt har fått stor anvendelse innen gynekologien. Teknikken har en rekke fordeler sammenliknet med åpen kirurgi. Det er rapportert redusert smertepåvirkning postoperativt, mindre kirurgisk og metabolisk belastning og mindre uttalt postoperativ tarm-inhibisjon, noe som muliggjør tidligere oral næringstilførsel. Fremfor alt synes kortere pleietid og rehabiliteringstid å være de største fordelene. Investeringskostnader for instrumenter og tilbehør, samt lengre operasjonstid, er imidlertid negative faktorer som må balanseres mot de medisinske gevinstene (1–4).

Første laparoskopiske hysterektomi ble utført i 1988 hos en pasient med benign sykdom (5). Langebrekke og medarbeidere gjorde, som de første i Norden, laparoskopisk hysterektomi i 1991, og fem år senere publiserte de en prospektiv, randomisert studie med 100 pasienter (6). Langebrekke tilhører uten tvil pionerene på dette området.

I 1988 anbefalte FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique) at endometriekarsinom skulle stadiemåles kirurgisk (total hysterektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, peritoneal bukshyllevæske og fjerning av lymfeknuter i bekkenet og paraaortale lymfek4nuter). Childers og medarbeidere (7) viste at det gikk bra å fjerne bekkenlymfeknuter og paraaortale lymfeknuter ved laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi. Etter dette fikk den laparoskopiske kirurgien ved endometriekarsinom stor gjennomslagskraft og oppmerksomhet.

I dette nummer av Tidsskriftet sammenlikner Langebrekke og medarbeidere sine erfaringer med laparoskopisk og assistert vaginal hysterektomi og fjerning bekkenlymfeknuter hos pasienter med endometrieccancer med pasienter operert med konvensjonell teknikk (8). Studien er ikke randomisert og omfatter til sammen 51 pasienter. De fant lengre operasjonstid og kortere liggetid i sykehus ved laparoskopi, en liten forskjell i antall fjernede bekkenlymfeknuter til fordel for laparoskopi, og at fedme ikke var noen kontraindikasjon mot laparoskopi. De mener at kun sentre med kombinert endoskopisk og onkologisk ekspertise bør innføre teknikken.

Sikre slutninger om operasjonstid, liggetid i sykehus og antall fjernede bekkenlymfeknuter kan bare trekkes på grunnlag av prospektive, randomiserte studier der laparoskopi og konvensjonell kirurgi sammenliknes. Slike studier er av flere grunner vanskelig å gjennomføre. Enkelte kirurger kan ha spesielt stor erfaring med den ene eller den andre metoden, og en sammenlikning kan da mer dreie seg om kirurgisk dyktighet enn om

metode. Mange utøvere av laparoskopi mener at fordelene med denne metoden er åpenbare, og at det derfor er vanskelig å randomisere pasienter. Viktige spørsmål som fortsatt ikke er besvart tilfredsstillende gjelder lymfeknutejerning, implantasjon av metastaser i bukveggen, lengden av sykehusoppholdet, og om metoden skal brukes utelukkende ved regionsykehusene for å holde komplikasjonsfrekvensen lav.

Langebrekke og medarbeidere skriver at fjerning av lymfeknuter ved laparoskopi er lett, men til tross for dette ble det i snitt kun fjernet seks lymfeknuter og hos noen pasienter ingen. Det ble ikke fjernet noen lymfeknuter fra iliaca communis eller paraaortalt, noe som ikke samsvarer med anbefalinger fra FIGO. Ved bruk av konvensjonell teknikk ved Radiumhospitalet ble det i snitt fjernet ca. 20 bekkenlymfeknuter og paraaortale lymfeknuter hos pasienter i høyrisikogruppen (grad 2 og 3 og invasivitet i mer enn halve myometriet) (upubliseret materiale), tilsvarende det Malur og medarbeidere gjorde med laparoskopi i sin prospektive, randomiserte studie (9).

Implantasjonsmetastaser i bukveggen er blitt rapportert etter laparoskopisk operasjon for maligne tumorer (10). Implantasjon av metastaser i trokarportene er en bemerkelsesverdige observasjon. Årsaker kan være for høyt intraabdominalt trykk ved CO<sub>2</sub>-insufflasjonen (skorsteinseffekt) eller instrumentkontaminering. Frekvensen av implantasjonsmetastase ved endometrieccancer er lavere enn ved ovarialcancer (9). Komplikasjonene rapportert av Langebrekke og medarbeidere (8) var få, hvilket tyder på stor operativ erfaring. Ifølge publiserte rapporter kan laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi medføre livstruende skader på store kar, tarmperforasjon, gasseboli, lungeemboli, pneumothorax og ikke-livstruende blødninger fra kar i bukveggen, brokk ved porthull og skader på nærliggende organer, for eksempel urinblære og ureter, med diatermi eller instrument. Derfor bør det opprettes et sentralt register over laparoskopiske inngrep i Norge for å følge resultater og komplikasjoner.

Det er sant at laparoskopisk opererte pasienter blir raskt utskrevet fra sykehuset, men med en endret holdning kan også pasienter operert med laparotomi forlate sykehuset vesentlig raskere enn i dag.

Når en ny metode introduseres innen onkologi, er det viktig å evaluere om den

- forbedrer den diagnostiske prosedyren
- gir bedre overlevelsesresultat
- reduserer morbiditet og mortalitet
- reduserer ressursforbruket
- øker eller minsker operasjonstiden

Det finnes per i dag kun én publisert prospektiv, randomisert studie som viser at laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi ved endometrieccancer er forbundet med lavere perioperativ morbiditet sammenliknet med konvensjonell operasjonsteknikk (9). Denne studien er dessverre for liten til at man kan besvare det viktigste spørsmålet: Bedrer laparoskopi pasientoverlevelsen? I USA gjennomføres det for tiden en prospektiv, randomisert studie med 1 200 pasienter, og ut fra denne studien kan vi om noen år kanskje besvare dette spørsmålet.

*Claes Tropé*

*c.g.trope@klinmed.uio.no*  
Fagområdet operativ behandling,  
gynekologiske behandlingsprogrammer  
Det Norske Radiumhospital  
0310 Oslo

*Claes Tropé (f. 1943) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor dr.med. Han har lang klinisk og forskningsmessig erfaring innen gynekologisk onkologi.*

## Litteratur

1. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy? *Gynecol Oncol* 2000; 78: 329–35.
2. Eltabbakh GH, Shamonki MI, Moody JM, Garafano LL. Laparoscopy as the primary modality for the treatment of women with endometrial carcinoma. *Cancer* 2001; 91: 378–87.
3. Scribner DR jr., Mannel RS, Walker JL, Johnson GA. Cost analysis of laparoscopy versus laparotomy for early endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1999; 75: 460–3.
4. Leminen A. Comparison between personal learning curves for abdominal and laparoscopic hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 1100–4.
5. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213–5.
6. Langebrekke A, Eraker R, Nesheim BI, Urnes A, Busund B, Sponland G. Abdominal hysterectomy should not be considered as a primary method for uterine removal. A prospective randomized study of 100 patients referred to hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 404–7.
7. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopic assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 33–8.
8. Langebrekke A, Istre O, Hallqvist AC, Hatgill TW, Onsrud M. Laparoskopisk kirurgi ved endometriekarsinom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2436–9.
9. Malur S, Possover M, Michels W, Schneider A. Laparoscopic-assisted vaginal versus abdominal surgery in patients with endometrial cancer – a prospective randomized trial. *Gynecol Oncol* 2001; 80: 239–44.
10. Muntz HG, Goff BA, Madsen BL, Yon JL. Port-site recurrence after laparoscopic surgery for endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 807–9.