

I mangel av klare retningslinjer for valg av operasjonsmetode må kvinnen få mulighet til å velge

Ulik praksis ved hysterektomi

I 2000 ble det utført 4 764 hysterektomier i Norge, herav ca. 75 % på benigne indikasjoner (1). En norsk kvinne vil således ha en livstidsrisiko på rundt 12 % for å miste sin livmor av ikke-maligne årsaker. De vanligste indikasjoner for inngrepet er myomer, blødningsforstyrrelser, fremfall, endometriose, ovarialcyste og smerter. I de siste årtier har vi fått flere alternative behandlinger til hysterektomi, slik som hysteroskopisk ablasjon av endometriet, gestagenspiral og andre hormonelle metoder for å redusere blødning og myomer. Ulike metoder for å destruere myomer ved okklusjon av uterinkarene er under utprøving.

Til tross for slike nye tilbud har den nasjonale hysterektomiraten økt med 27 % fra 1990 til 2000 (1). Dette kan tolkes som et utslag av større bevissthet blant kvinner om at livmorsens biologiske funksjon er å huse fosteret. Har uterus utspilt denne rollen og gir plager, er det like greit å fjerne den. Man kan heller ikke se bort fra at kvinners ønske om østrogenbehandling i og etter overgangsalderen kan føre til lavere terskel for hysterektomi, da hun slipper blødningsproblemer og kan unngå gestagenbehandling.

Et operativt inngrep som utføres på så mange kvinner, og ofte av bekvemmelighetshensyn for å unngå plagsomme blødninger og fordi kvinnen ikke har tålmodighet til å vente på at menopausen løser problemet, bør være velvalgt og forløpe så komplikasjonsfritt som mulig.

I dette nummer av Tidsskriftet rapporterer Jardar Oma at hele 14 ulike operasjonsmetoder for hysterektomi benyttes ved Sykehuset i Vestfold og stiller spørsmålet om hvilke avveininger som må gjøres ved valg av operativ metode (2). Tilsvarende forhold gjelder sannsynligvis for andre gynekologiske avdelinger – man har ikke klare regler for valg av metode. Tradisjon og lokal entusiasme har spilt større rolle enn vitenskapelig dokumentasjon, for inntil nylig har slik dokumentasjon vært nesten fraværende ved introduksjon av nye kirurgiske behandlingsmetoder.

Min generasjon av gynekologer ble opplært i total hysterektomi. Begrunnelsen var å unngå karsinom i en etterlatt cervix (stumpkarsinom). Dette var før innføring av screeningprogrammet for livmorhalskreft. I dag vektlegges andre forhold ved vurderingen av hvorvidt cervix skal bevares eller fjernes, slik som for eksempel seksuallfunksjon og vannlatingsfunksjon. Fra 1990 til 2000 har andelen subtotal hysterektomi økt fra 20 % til 28 % (1), sannsynligvis ut ifra en antakelse om at et slikt inngrep er mer skånsomt, både på kort og på lang sikt.

I nylig publiserte randomiserte studier (3, 4) har man sammenliknet total hysterektomi med subtotal hysterektomi og ikke påvist større forskjeller i kirurgiske komplikasjoner eller senresultat ved ett til to års oppfølging. Jardar Omas undersøkelse fra Vestfold, publisert i dette nummer av Tidsskriftet (5), viser signifikant kortere operasjonstid ved subtotal hysterektomi, samsvarende med en engelsk undersøkelse (3). Men en avkortning av operasjonstid på 11–12 minutter har neppe særlig betydning, selv for svært belastede operasjonsstuer. Færre postoperative komplikasjoner og litt kortere liggetid er påvist ved subtotal hysterektomi (3). En dansk studie viste, overraskende, signifikant mindre hyppig forekomst av urininkontinens etter total enn etter subtotal hysterektomi (4).

I en ukontrollert studie rapporterte 22 % av kvinner operert med subtotal hysterektomi plager i form av blødning, smerter og utflod, samt celleforandringer. 5 % av dem fikk senere fjernet cervix (6). Totalt sett synes det altså ikke å være tungtveiende medisinske grunner for å bevare cervix.

Den økende bruk av vaginale hysterektomier er interessant. Denne operasjonsmetoden var inntil nylig lite brukt i Norge – i motsetning til i mange andre land (1). Ved St. Olavs Hospital økte andelen vaginale hysterektomier fra 2 % i 1989 til 21 % i 1999, og på landsbasis var andelen i 2000 19 % (1). Noe av forklaringen på denne utviklingen i Norge kan være innføring av laparoskopisk hysterektomi, som delvis ble utført vaginalt, og at man etter hvert fant det enklere å utføre hele inngrepet vaginalt. Laparoskopisk hysterektomi utføres i dag bare hos ca. 3 % (1). I en svensk randomisert studie, der total abdominal, laparoskopisk og vaginal hysterektomi ble sammenliknet, konkluderte man med at vaginalt inngrep vanligvis burde foretrekkes pga. kortere liggetid og rekonvalesens (7).

Det var tidligere rutine ved hysterektomi hos kvinner over ca. 45 år også å fjerne ovarier for å forebygge ovarialkreft. Risikoen for ovarialkreft er beregnet til 2,1 % (8), og man må derfor kastre ca. 50 kvinner for å forebygge ett slikt krefttilfelle. Nyere kunnskaper om hormonproduksjon i det aldrende og postmenopausale ovarium har endret synet på eggstokkens funksjon. Også etter menopausen har eggstokkene en ikke uvesentlig hormonproduksjon. En mer skeptisk holdning til hormonbehandling i klimakteriet kan også medvirke til at mange kvinner velger å bevare egen hormonproduksjon i det lengste. Det bør derfor foreligge annen tilleggsindikasjon for at profylaktisk ooforektomi skal gjennomføres.

I mangel av klare retningslinjer for operasjonsmetoder ved hysterektomi er det viktig at kvinnen får mulighet for å velge type av inngrep og ev. kan søke seg til sykehus som behersker den ønskede operasjonsmetode, eller som kan tilby et ikke-operativt alternativ. Heldigvis er det i dag kort ventetid for slike behandlinger.

Mette Haase Moen

mette.moen@medisin.ntnu.no

Mette Haase Moen (f. 1944) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, dr.med. og førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet, NTNU og overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim.

Litteratur

1. Kalseth B, Backe B. Hysterektomi i Norge. I: Kalseth B, Røttingen JA, red. Praksis og kvalitet i sykehus. Trondheim/Oslo: SINTEF/HELTEF, 2002: 101–32.
2. Oma J. Hvilke faktorer avgjør metodevalget ved hysterektomi på benign indikasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 792–4.
3. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. N Engl J Med. 2002; 347: 1318–25.
4. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. BJOG 2003; 110: 1088–98.
5. Oma J. Korttidsresultater etter hysterektomi ved benign sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 795–6.
6. Kaljnbar A, Kjer JJ. Gener fra collum efter supravaginal hysterektomi. Ugeskr Læger 2004; 166: 264–7.
7. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. BJOG 2000; 107: 1380–5.
8. Loft A, Lidgaard O, Tabor A. Incidence of ovarian cancer after hysterectomy: a nationwide controlled follow up. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 1296–301.