

Er vi sikre på hva som er den beste kirurgiske teknikken ved benigne tilstander i uterus og ovarier? I så fall – hvordan skal vi sørge for at gynekologene kan det og gjør det godt?

## Behandling av benigne gynekologiske tilstander

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet påpeker Jeanne Mette Goderstad og medarbeidere at valg av operasjonsmetode ved benigne tilstander i uterus og adnex varierer med institusjonsstørrelse og geografisk beliggenhet (1). Med Norges bosettingsmønster og tilhørende sykehusstruktur må vi antakelig akseptere at behandlingstilbudet varierer noe med hensyn til teknikk for å være likeverdig i kvalitet totalt sett. Små avdelinger med lite operasjonsvolum kan vanskelig opprettholde kompetanse i mange operasjonsmetoder. Slike forhold bør allikevel ikke brukes som en sovepute. Kvaliteten på opplæring og behandling bør være god overalt.

Laparoskopiske teknikker har vært i alminnelig bruk ved gynekologiske avdelinger siden tidlig i 1980-årene. Med bedre utstyr er inngrepene blitt mer avanserte. Til tross for at inngrepene ofte tar lenger tid og krever mer kostbart utstyr enn tradisjonelle metoder, er «samfunnsregnskapet» positivt. Metoden er mer vevsvennlig og gir mindre blødning, færre infeksjoner og fremfor alt kortere rekonvalesenstid enn åpen kirurgi (1). Det er sannsynlig at opplæring av operatører har vært den faktor som i størst grad har begrenset overgang til slik teknikk, selv om man også har diskutert indikasjonene.

Goderstad og medarbeidere diskuterer ikke motforestillinger mot økende bruk av kikkhullskirurgi. Vi må allikevel ikke glemme at teknikken har noen begrensninger. Først og fremst fordi det alltid vil være en mulighet for at svulsten er ondartet. Hvis celler fra maligne ovarietumorer spres ut i abdomen, forverres prognosen betydelig, fordi slike svulster har et peritonealt spredningsmønster. De fleste ovarietumorer blir derfor ikke biopsert før de fjernes. Frysesnittediagnosene er ganske upresise, slik at operasjonsmetode og -omfang avgjøres ut fra visuelle diagnostiske kriterier som heller ikke er eksakte. Man må alltid velge en operasjonsteknikk som sikrer at pasientens prognose ikke forverres hvis en benign utseende tumor viser seg å være malign. Man må være sikker på at cysten ikke ledes på veien ut. Hvis tumoren er stor, eller utstyret og teknikken for dårlig, er det tryggere å utføre åpen kirurgi.

Halvparten av alle kvinner på 50 år har et eller flere myomer. Bare et mindretall gir symptomer og derved indikasjon for behandling, men ca. 0,2% av de opererte vil være maligne og ha svært dårlig prognose (2). Diagnosen stilles preoperativt hos færre enn halvparten. Symptomene skiller ikke leiomyosarkomer fra benigne leiomyomer. Det histologiske bildet er ikke alltid homogent i hele svulstens utstrekning. Ultralyd, CT eller MR gir ingen veiledning i hvor biopsien skal tas, og det er ikke dokumentert at det er nyttig å ta biopsier rutinemessig.

Laparoskopisk fjerning av uterus med morcellering av myomene, der myomet «males» opp av en roterende kniv intraabdominalt, er derfor blitt kritisert fra onkologiske miljøer fordi det gir spredning av potensielt høymaligne celler. Etter at teknikken har vært brukt i noen år har vi også sett eksempler på at myom- og endometrievæv er blitt implantert i peritoneum og har gitt vekst av endometriomer eller myomknuter etter flere år. Slike erfaringer kan medføre at man oftere vil velge å fjerne uterus hel via vagina med eller uten laparoskopisk assistanse. Vaginal hysterektomi krever ikke mye utstyr, er lettere å lære, og komplikasjoner og postoperativt forløp er som ved laparoskopisk fjerning. Teknikken stiger i popularitet over hele den vestlige verden, selv om endringshastigheten varierer mye (3).

Goderstads studie viser at bruken av de mindre vevstraumatiserende behandlingsmetodene varierer i Norge og synes å være lavere enn i andre land (3, 4). De regionale forskjeller kan delvis ha sin bakgrunn i ulike behandlingstradisjoner som medfører ulik indikasjonfordeling. Kirurgi er ikke den eneste måten å behandle blødninger på – og det finnes mindre radikale kirurgiske metoder enn å fjerne uterus – for eksempel ablasjon eller hysteroskopisk fjerning av endometriet.

Hvordan kan man så redusere de store regionale variasjonene på dette feltet? Et operasjonsregister for alle benigne inngrep vil kunne gi nyttig kunnskap om utviklingen. De danske resultatene tyder på at med god oppfølging kan et slikt register også resultere i bedre kvalitet på flere parametere (5). Men skal det ha noen hensikt, må man være villig til å legge arbeid i datainnsamling og ikke minst i behandling av data.

En annen strategi er en mer systematisk og gjennomtenkt opplæring og videreopplæring i kirurgisk metode. Vårt og andre operative fag har operasjonslister som beskriver kravene for å bli spesialist i faget, men ikke en god strategi for hvordan man skal oppnå kompetansen. Ettersom antallet arbeidstimer og inngrep per kirurg går ned og kravene til effektivitet og gode resultater øker, blir vi tvunget til å finne mer effektive opplæringsmetoder. Ved bruk av laparoskopisimulator og trinnvis opplæring med tester underveis for å sikre progresjon, kan vi antakelig bli mye bedre. Selve operasjonslisten bør også oppdateres.

Det er på høy tid at det innføres et obligatorisk kurs i operativ teknikk og metodevalg for å bli spesialist i gynekologi. Kurset kan med fordel kombineres med opplæring i praktisk obstetikk. Like viktig er et godt tilbud om etterutdanning for godkjente spesialister og at sykehuseier legger til rette for at operatørene får regelmessig oppdatering. Goderstad og medarbeidere skal ha ros for å ta opp til diskusjon hva vi kan gjøre for å høyne det kirurgiske nivået i spesialiteten og for det gode arbeidet dette miljøet allerede i mange år har utført på området.

**Unni Kirste**  
*unni.merete.kirste@helse-bergen.no*

*Unni Kirste (f. 1948) er seksjonsoverlege ved Generell gynekologisk seksjon, Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske lidelser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1460–3.
- Leung F, Terzibachian JJ, Gay C et al. Hysterectomies performed for presumed leiomyomas: should the fear of leiomyosarcoma make us apprehend non laparotomic surgical routes? *Gynecol Obstet Fert* 2009; 37: 109–14.
- Johnson N, Barlow D, Lethaby A et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; nr. 2: CD: 003677.
- Lundholm C, Forsgren C, Johansson ALV et al. Hysterectomy on benign indications in Sweden 1987–2003: A nationwide trend analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 52–8.
- Hansen CT, Møller C, Daugbjerg S et al. The Steering Committee of the Danish Hysterectomy Database. Establishment of a national Danish hysterectomy database: Preliminary report on the first 13,425 hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87: 546–57.