

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske tilstander

I Goderstad og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr.15/2008 hevdes det at nasjonal veileder i generell gynekologi ved ektopisk graviditet anbefaler laparoskopi ved kirurgisk behandling og at dette støttes av internasjonale studier (1). I veilederen anbefales i utgangspunktet laparoskopi ved kirurgi, men laparotomi ved hemodynamisk ustabile pasienter (2). Referansen til internasjonale studier konkluderer imidlertid med at laparoskopisk kirurgi er mindre vellykket enn åpen kirurgi på grunn av høyere risiko for persisterende trofoblastvev. I en senere oppdatering av denne Cochrane-rapporten opprettholdes konklusjonen. Videre konkluderes det med at systemisk metotreksatbehandling er minst like god behandling som laparoskopisk salpingostomi. At laparoskopisk teknikk er mer kostnadseffektivt, er selvsagt et vesentlig poeng (3).

Artikkelens figur 1 angir antall kirurgisk behandlede pasienter med ektopisk graviditet og den prosentvise andelen som er operert åpent. Det er enkelt å se hvilke store sykehus de enkelte tegn angir. I forhold til de enkelte sykehus sine nedslagsfelt er det stor variasjon i antall operative inngrep per 1 000 innbyggere, noe forfatterne også poengterer. Med et nedslagsfelt på ca. 500 000 foretar Ullevål universitetssykehus 50 % flere operative inngrep enn Akershus universitetssykehus (nedslagsfelt 340 000) og tre ganger så mange operasjoner som ved de to største sykehusene i Helse Vest (Haukeland universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus, samlet nedslagsfelt ca. 700 000). En plausibel konklusjon blir da at Ullevål universitetssykehus stort sett behandler ektopiske graviditeter operativt, mens andre sykehus med færre inngrep korrigerer for størrelsen på nedslagsfelt også benytter annen behandling, for eksempel metotreksat der kvinnen har få symptomer og lave titre av humant choriongonadotropin (HCG).

Også i operativ behandling for benigne ovariecyster og hysterektomi er det forskjeller i antall operasjoner i forhold til nedslagsfeltet til de store sykehusene, og forfatterne diskuterer dette. Ved hysterektomi på indikasjon blødningsforstyrrelse og/eller muskelknuter kan det tenkes at en mer konservativ primærbehandling gir end-

ring i den pasientpopulasjonen som til slutt blir operert i forhold til om man hadde gjort hysterektomi primært. Uterus kan ha blitt betydelig større i mellomtiden, og at man derfor valgte laparotomi i stedet for laparoskopi.

Studien viser for alle tre operasjoner en reduksjon i den prosentvise andelen av åpne inngrep i løpet av undersøkelsesperioden, og størst reduksjon på de store avdelingene. Siden dette er vanlige operasjoner ved alle gynekologiske avdelinger, er det vanskelig å se behovet for et nasjonalt kompetansesenter. Det burde være tilstrekkelig å sørge for hospitalisering ved de store avdelingene for de som er ferdige spesialister og god opplæring av leger i utdanning under gruppe 1-tjenesten ved universitetsklinikene, som utgjør de aller fleste store sykehusene.

Tom Tanbo

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benigne gynekologiske lidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1460–3.
2. Norsk gynekologisk forening. Veileder i generell gynekologi. Ekstrauterin graviditet. www.legeforeningen.no/id/106328.0 [20.11.2009].
3. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 1: CD000324.

J.M. Goderstad og medarbeidere svarer:

Tom Tanbo kommenterer at det er situasjoner der nasjonal veileder i generell gynekologi anbefaler laparotomi ved behandling av kvinner med ektopisk graviditet. Det gjelder hemodynamisk ustabile pasienter eller ved ikke-etablert laparoskopisk teknikk. Er pasienten hemodynamisk ustabil, må legen gjøre den prosedyren hun/han behersker best. Alle gynekologiske avdelinger bør etter vår mening ha kompetanse til å utføre en laparoskopi på en hemodynamisk stabil pasient. Legers manglende kirurgiske ferdigheter må ikke resultere i at kvinner tilbys nest beste behandling.

Tanbo påpeker at internasjonale studier konkluderer med at laparotomi kommer bedre ut enn laparoskopi ved salpingotomi vurdert ut fra persisterende trofoblastvev. Dette er helt riktig. Likevel anbefales laparoskopi som operativ metode, da alle andre variabler går i favør av laparoskopi.

I 2006 ble 86 % av kvinner i Norge med ektopiske graviditeter behandlet med laparoskopisk teknikk når operativ behandling ble valgt (1).

Tanbo trekker inn metotreksatbehandling som et godt alternativ til kirurgisk behandling. Det er sikkert ulik tradisjon ved gynekologiske avdelinger vedrørende behandlingsvalg for kvinner med ektopisk graviditet. Dette er ikke drøftet i vår artikkel, da vi valgte å kartlegge den operative behandlingen.

Videre antyder Tanbo at ulik behandlingstradisjon ved gynekologiske avdelinger fører til at noen sykehus fjerner livmoren mens den er liten og dermed lettere kan velge alternativer til laparotomi. Et nasjonalt operasjonsregister kunne gitt svar på dette. Vi mener det ikke er noe mål at en stor uterus (> 500 g) skal fjernes vaginalt eller per skopi. Det er derimot et mål at en normalt stor eller lett forstørret uterus skal fjernes med alternativer til laparotomi. Vi tror det er manglende operative ferdigheter som er hovedårsaken til ulikhetene mellom avdelingenes valg av operasjonsmetode.

Tanbo ser ikke behovet for et kompetansesenter. I Norge velger fire av de seks største sykehusene laparotomi i > 50 % av tilfellene når de skal fjerne livmoren (1).

Vi mener det er behov for et nasjonalt kompetansesenter. Det er ikke pasienter som skal henvises dit, men leger. Målet for et slikt senter bør være å øke andre kollegers operative kompetanse, slik at de kan dra tilbake til sitt sykehus og anvende alternativer til laparotomi.

Jeanne Mette Goderstad

Marit Lieng

Bjørn Busund

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Goderstad JM, Lieng M, Busund B. Kirurgisk behandling av benign gynekologisk lidelse. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1460–3.

Et fakultet styrt av kliniksjefer

Da Oslo universitetssykehus ble dannet ved å slå sammen Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Rikshospitalet, inkludert Radiumhospitalet, ble det behov for å omorganisere Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Etter et omfat-