

Vaginala vägen vinner vid hysterektomi



FOLKE FLAM, docent, medicinsk chef, Gynekologkliniken Stockholm samt Sabbatsberg Närsjukhuset, Stockholm
folke.flam@gynekologkliniken.se

STEFFAN LUNDBERG, med dr, VD, Gynekologkliniken Stockholm

Borttagande av livmodern – hysterektomi – är en av de vanligaste större gynekologiska operationerna. Man räknar med att en kvinna av tio genomgår ingreppet i Sverige. I de flesta andra utvecklade länder är andelen högre: I England och än mer i USA sker ingreppet mer än dubbelt så ofta som vad fallet är i Sverige [1, 2]. Inom vissa områden i USA och Australien blir var tredje kvinna hysterektomerad, men det finns en trend till att incidensen går ned [3, 4]. I Sverige, Norge och Danmark har antalet hysterektomier legat på ungefär samma nivå under de senaste 10–15 åren [5].

Ingreppet kan utföras på tre helt skilda sätt och evidensbaserad kunskap om metoderna har saknats. Internationellt och även i Sverige sker operationen oftast via ett buksnitt. Den näst vanligaste metoden är den vaginala och på tredje plats kommer den laparoskopiska hysterektomin (med titthålsteknik). Mellaneuropa utgör härvid ett undantag. Där har man haft en lång tradition av att utföra hysterektomi via vagina [6]. En aktuell Cochranestudie har sammanställt data för de tre metoderna och slagit fast att den vaginala metoden alltid är att föredra om tekniska förutsättningar finns [7]. Om det inte är möjligt att utföra operationen vaginalt visar resultaten att laparoskopisk hysterektomi är bättre än den abdominella metoden. Slutsatserna om hysterektomi med utgångspunkt från Cochranes sammanställning samt svenska erfarenheter redovisas.

Hysterektomi när annan symtomlindring misslyckats

Hysterektomi är nästan alltid en elektiv operation som tillgrips när andra metoder att lindra symtom misslyckats. Den vanligaste indikationen är myom, som medför blödningsbesvär och/eller tryckbesvär. Kvinnor som har normalstor livmoder eller enbart små myom och som lider av rikliga blödningar har med hormonspiral och olika former av endometriedestruktion kunnat besparas en hysterektomi. Vid vissa operationer av framfall liksom vid gynekologiska maligniteter utförs även hysterektomi, men dessa två indikationer ingår inte i Cochranerapporten och kommer inte att diskuteras i föreliggande artikel.

Två ännu inte slutdiskuterade ämnen vid hysterektomier rör dels frågan om man samtidigt skall exstirpera ovarierna, dels frågan om livmoderhalsen skall sparas eller inte (total respektive subtotal hysterektomi). I Sverige finns en tydlig trend att lämna kvar ovarierna. Massmedier har fört upp diskussionen om ovariernas roll på dagordningen, medan vi – ännu – inte haft motsvarande debatt om livmoderhalsen. Däremot har

professionen sedan lång tid fört en debatt om det eventuella värdet av att spara livmoderhalsen vid hysterektomier. Vid en metaanalys har man funnit överraskande data i form av lägre andel urininkontinens och lägre andel framfall efter total än efter subtotal hysterektomi [8].

De tre metoderna

Vid hysterektomi har nästan alltid den abdominella metoden varit den vanligaste. Dess förespråkare betonar att den är enkel att lära sig och att man får en fullständig överblick över bukoraganen. Det går alltid att exstirpera ovarierna om behov finns, och man kan välja att utföra total eller subtotal hysterektomi. Endast i undantagsfall kan ingreppet utföras i spinal/epidural anestesi, utan narkos krävs.

Vaginal hysterektomi utförs, som namnet anger, från vagina. Förespråkarna anger att denna metod medför kortare vårdtid och kortare sjukskrivning, därför att den är mindre traumatisk än en bukoperation. Det går oftast, men inte alltid, att exstirpera ovarierna. Vid optimala förhållanden kan även subtotal hysterektomi utföras. Narkos eller spinal/epidural anestesi kan väljas som bedövningsform. Om vissa förutsättningar är uppfyllda kan ingreppet till och med ske i lokalanestesi med sedering.

Dessa två metoder har tillämpats sedan slutet av 1800-talet, medan den första laparoskopiska hysterektomin utfördes 1989 [9]. Sedan dess har ett flertal olika metoder utvecklats, där man kan välja mellan att göra hela ingreppet via titthål eller en del av operationen i kombination med en vaginal metod. Anhängarna till titthålskirurgin anger att den har den öppna bukkirurgins fördelar men tillåter att patienten snabbt mobiliseras och snabbt återgår i arbete. Till skillnad från de andra metoderna är titthålskirurgin högteknologisk och kräver dyrbar utrustning. Narkos används som anestesimetod.

Cochranestudie

Cochranesammanfattningen omfattar 27 randomiserade studier. Maligniteter och hysterektomi i samband med prolaps har inte inkluderats. Ett fåtal ingående patienter har genomgått subtotal hysterektomi, men huruvida detta i sig är en fördel behandlas i en separat Cochranerapport. Det är först i och med titthålskirurgin som intresset för jämförande studier tagit fart bland gynekologer. Det är också uppenbart att införandet av titthålskirurgi vid hysterektomi fört med sig en ökad användning av en rent vaginal metod. Detta beror på att de flesta varianter av titthålskirurgi använder sig av den vaginala vägen för att ta ut livmodern. Många såg då fördelarna med att utföra hela ingreppet från vagina, och där den största fördelen är tidsvinsten.

Det är noterbart att den första av Cochrane godkända studien som jämför abdominell och vaginal hysterektomi publicerades så sent som 2002 [10]. Ytterligare en studie där enbart dessa metoder jämförs finns med i rapporten. I dessa två studier har man randomiserat patienter med myom men fastställt en övre storleksgräns till motsvarigheten av 14 veckors graviditet. I majoriteten av studierna har man alltså randomiserat mellan

SAMMANFATTAT

Hysterektomi är en vanligt förekommande gynekologisk operation.

Tre kirurgiska metoder används, men jämförande studier har saknats.

En Cochranestudie slår fast att vaginal hysterektomi ska väljas i första hand.

Andelen vaginala hysterektomier i Sverige är acceptabel men borde kunna öka.

»I sammanfattning finns det vetenskapliga be- lägg för att öka andelen vaginala hysterektomi- er på bekostnad av de abdominella ingreppen.«

laparoskopi och det ena av det två andra ingreppen eller bägge dessa ingrepp. Även för dessa studier har man vanligen exkluderat patienter där livmodern överstigit en viss volym. Åldersmässigt är kvinnorna i studierna oftast mellan 41 och 50 år, vilket utgör incidensmaximum för hysterektomi. I nästan hälften av studierna framgick inte vilken erfarenhet operatörerna hade, medan detta var noterat i andra studier och kunde innefatta såväl erfarna ensamoperatörer som kolleger under utbildning.

Såväl Sverige och Finland som Norge finns representerade i studierna [11-16]. En nackdel är att rapporten fokuserar på korttidsresultat och inte på eventuell påverkan på längre sikt vad avser t ex sexuell funktion, prolapsincidens, blåsproblem och subjektiv uppfattning om ingreppet.

Vaginal hysterektomi i första hand

Vaginalt opererade patienter återhämtar sig snabbare och lämnar sjukhuset i genomsnitt en dag snabbare än de abdominellt opererade. De är fullt återställda drygt en vecka tidigare än de bukopererade. I en del studier var tidsåtgången peroperativ större för den vaginala operationen än för den abdominella, men i andra studier var förhållandena omvända. För dessa två metoder noterades ingen skillnad vad gäller blodförlust, omedelbar postoperativ feber och postoperativ vaginaltoppsabscess. Inte heller kunde man se skillnader vad gäller allvarliga komplikationer med skador på urinvägar, kärl eller tarm.

Laparoskopiska metoder jämförda med bukoperationen resulterade i färre bukinfektioner, färre fall av ospecifik postoperativ feber, mindre blödning och snabbare hemgång. Som väntat kunde patienterna snabbare återgå till normalt liv. Laparoskopin hade inga fördelar jämfört med den vaginala metoden men tog väsentligt längre tid att utföra, krävde mer analgetika i efterförloppet och kostade mer. Den abdominella operationen var jämförbar i kostnad med den laparoskopiska.

På sina håll har den laparoskopiska metoden fallit i vanrykte på grund av ureterskador, och detta finns bekräftat i flera fallstudier. I denna rapport hade man svårt att påvisa detta, men när ureter- och blåsskador sammanfördes sågs en för laparoskopin sämre bild än för bukoperationen. Sammantaget konkluderar författarna till rapporten att vaginal hysterektomi bör utföras i så stor utsträckning som möjligt, och när detta inte är tekniskt möjligt är titthålskirurgi att föredra. I sista hand rekommenderas den idag vanligaste metoden – abdominell hysterektomi.

Svenska erfarenheter

För 15 år sedan utfördes i Sverige 98 procent av hysterektomierna via buken. För 10 år sedan hade andelen minskat till 90 procent och utgör idag ca 65–70 procent. Dock har denna andel legat konstant sedan 1999. På frivillig bas deltar ca 60 procent av kvinnoklinikerna i det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi (Gynop-registret), som är underställt specialitetsföreningen Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). Man finner i dess sammanställning att vaginal hysterektomi är den näst vanligaste operationsmetoden, som utförs i ca 25 procent av fallen, medan laparoskopiska metoder används i enbart ca 5 procent av fallen.

Vid två av de 33 ingående klinikerna är den vaginala metoden förstahandsval, medan nio kliniker i 90–100 procent av fallen

utför abdominell hysterektomi. Den generation gynekologer som verkade innan den nuvarande var mer förtrogen med vaginal hysterektomi. Av olika anledningar övergick man till att utföra fler abdominella hysterektomier på 1960-talet och framåt. Dels hamnade den vaginala metoden i vanrykte på grund av en hög andel infektioner, dels inföll en trend med cervixsparande hysterektomier efter det att studier påstått att cervix var av värde ur sexuell synvinkel. Den senare åsikten har sedermera reviderats.

När laparoskopisk hysterektomi introducerades på 1990-talet fick den vaginala metoden i Sverige en renässans. Kvinno-kliniken i Helsingborg har sedan början av 1990-talet drivit intern och extern utbildning i vaginal operationsteknik, och där utförs 70 procent av hysterektomierna vaginalt. Nästan en lika hög andel – 66 procent år 2005 – utförs vid Gynekologkliniken Stockholm, som dock inte rapporterar till Gynop.

En av de ingående studierna i Cochrane-rapporten har som huvudförfattare C Ottosen, som i Helsingborg envetet drev tesen »våga vaginalt« [17]. Resultaten av denna studie, där de tre metoderna att utföra hysterektomi jämfördes, ligger helt i linje med slutsatserna ovan, dvs att vaginal hysterektomi är den metod som bör väljas [16]. Även om fördelningen mellan de tre olika operationsmetoderna i Sverige legat konstant sedan 1999 har vårdtiderna minskat från 3,7 dagar till 2,7 dagar. Sjukskrivningstiderna anges till 31, 26 och 21 dagar efter respektive abdominell, vaginal och laparoskopisk teknik.

Samsyn om indikationer saknas

Det är uppenbart att tradition och utbildning spelar störst roll när operatören väljer metod. Erfarna vaginalkirurger rapporterar att 77–88 procent av hysterektomierna som utförs av benign orsak kan ske vaginalt [18, 19]. De flesta gynekologer kan skriva under på slutsatsen i Cochrane-rapporten att vaginal hysterektomi är att föredra när tekniska möjligheter finns.

Det saknas samsyn på vad som menas med tekniska möjligheter. Många gynekologer menar att indikation för vaginal operation endast föreligger om livmodern är nedsjunken och av normal storlek. Man väljer bort den vaginala vägen om patienten inte fött barn, om livmodern inte är nedsjunken, om den är förstörd, efter tidigare bukoperationer inkluderande kejsarsnitt (farhågor för sammanväxningar), vid misstanke om endometriosis (farhågor för sammanväxningar) och om ovarier-na behöver tas bort.

Det finns övertygande bevis i litteraturen för att de nämnda förhållandena inte ska betraktas som kontraindikationer till vaginal hysterektomi. När det gäller samtidig ooforektomi finns det tekniker som gör det möjligt att exstirpera dessa i 97,5 procent av fallen [20]. Av de uppräknade försvårande omständigheterna är den viktigaste, om man räknar till antalet fall, patienter med förstörd livmoder på grund av myom. Skulle opererande gynekologer acceptera att utföra hysterektomier vaginalt vid förstörd livmoder upp till motsvarande 12–14 veckors graviditet skulle andelen vaginala hysterektomier överstiga 50 procent [21]. Beträffande farhågorna att sammanväxningar efter tidigare kirurgi eller endometriosis skulle försvåra ett vaginalt ingrepp finns data som visar att den risken är ringa [22].

I sammanfattning finns det vetenskapliga belägg för att öka andelen vaginala hysterektomier på bekostnad av de abdominella ingreppen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Mcpherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99:402-7.
2. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peter-

- son HB, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The collaborative review of sterilization. Am J Obstet Gynecol. 1982;144:841-8.
3. Jacobson, Gavin F, Schaber R, Armstrong MA, Hung Y. Hysterectomy rates for benign indications. Obstet Gynecol. 2006;107:1278-83.
 4. Babalola EO, Bharucha AE, Schleck CD, Gebhart J, Zinsmeister A, Melton J. Decreasing utilization of hysterectomy: a population-based study in Olmsted county, Minnesota, 1965-2002. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:214.e1-7.
 5. Gimbel H, Settnes A, Tabor A. Hysterectomy on benign indication in Denmark 1988-1998: a register based trend analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:267-72.
 6. Gitsch G, Berger E, Tatra G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. Surg Gynecol Obstet. 1991; 172:207-10.
 7. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2): CD003677.
 8. Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86:133-44.
 9. Reich H, Decaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. Journal of Gynecological Surgery 1989; 5:213-6.
 10. Benassi L, Rossi T, Kaihura CT, Ricci L, Bedocci L, Galanti B. Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187:1561-5.
 11. Ellström M, Olsen MF, Olsson JH, Nordberg G, Bentsson A, Hahlin M. Pain and pulmonary function following laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized study. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998; 77:923-8.
 12. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Toivonen J, Tiitinen A. Clinical outcome and tissue trauma after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79: 866-71.
 13. 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 randomised study of 100 patients referred to hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand. 1996; 75:404-7.
 14. Olsson JH, Ellström M, Hahlin M. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103:345-50.
 16. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. Br J Obstet Gynaecol. 2000;107:1380-5.
 17. Ottosen C. Våga vaginalt! Vaginal hysterectomi att föredra om specifik indikation för abdominellt ingrepp saknas. Läkartidningen. 1997;94:2183-6.
 19. Kovac SR. Guidelines to determine the route of hysterectomy. Obstet Gynecol. 1995;85:18-23.
 20. Davies A, O'Connor H, Magos A. A prospective study to evaluate oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103:915-2.
 21. Davies A, Vizza E, Bournas N, O'Connor H, Magos A. How to increase the proportion of hysterectomies performed vaginally. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:1008-12.
 22. Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guidelines for selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:1521-7.

SÖKER DU LÄKARE? DU HITTAR DEM HÄR!

Karriär & Arbete är Läkartidningens jobbsajt och den ledande annonsplatsen för lediga läkartjänster i Sverige.

Kontakta vår annonsavdelning för mer information!
E-post: annonser@lakartidningen.se
eller telefon: 08-790 35 60



Läkartidningen

Karriär & Arbete