

Hysterektomi – nu finns en fjärde minimalinvasiv metod

EN GOD NYHET – MEN MINSKAD KIRURGISK TRÄNING ÄR ETT STORT PROBLEM

De tvisteämnen som länge dominerade diskussionen rörande borttagande av livmodern – hysterektomi – gällde dels om hela livmodern skulle tas bort eller om man skulle lämna kvar livmoderhalsen samt om äggstockarna skulle tas bort profylaktiskt för att reducera risken för cancer i dessa organ. En annan ständigt pågående diskussion har gällt antalet kvinnor som bedöms vara i behov av hysterektomi. I Sverige råder sedan åtminstone 30 år konsensus om att äggstockarna inte ska tas bort, och i stort sett är policyn i dag att man rekommenderar patienter att ta bort hela livmodern. Antalet hysterektomier har kraftigt minskat. Därmed har diskussionen allt mer fokuserat på val av metod för hysterektomi.

Det är intressant att det just är Kvinno-kliniken i Helsingborg som i detta nummer av Läkartidningen presenterar vNOTES, som uttyds »vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery» och som är en i Sverige ny metod för hysterektomi. I denna artikel kommer metoden att benämnas »vaginal laparoskopisk hysterektomi«. Vid samma klinik återintroducerades för nästan 30 år sedan vaginal hysterektomi för en ny generation svenska gynekologer [1]. När Helsingborg då utmanade svenska gynekologer att »våga vaginalt« var bukoperation standardmetod, trots att vaginal hysterektomi hade samexisterat med den abdominella vägen un-



Folke Flam,
docent,
gynekologi
och obstetrik, Cevita-
care, GynStockholm
● folke.flam@cevitacare.se

der mer än 100 års tid. Det fanns solida data som kunde påvisa att den vaginala vägen var överlägsen den abdominella när det gällde snabbhet, vårdtid, återgång till normal ADL och kostnad. Dessa data har förstärkts,

och vaginal hysterektomi ska även i dag vara förstahandsmetod, enligt upprepade sammanställningar [2]. Ungefär vid samma tidpunkt, i mitten av 1990-talet, spred sig laparoskopin inom många kirurgiska specialiteter, och den andra minimalinvasiva metoden för hysterektomi fanns nu att tillgå. Drygt 10 år senare introducerades robotassisterad hysterektomi som en tredje minimalinvasiv metod. Behöver vi ytterligare en metod?

Vaginal laparoskopisk hysterektomi

Vid vaginal laparoskopisk hysterektomi kombineras den vaginala hysterektomins fördelar med laparoskopins goda överblick. Ingreppet sker helt via vagina. Det som skiljer från vaginal hysterektomi är att en gelport eller membran appliceras i vagina efter att man kommit in i fossa Douglasi. Genom gelporten för man in gas och laparoskop. Sedan sakrouterinligamenten suturligerats som vid vaginal hysterektomi sker resten av operationen via laparoskopet, som man kontrollerar via en tv-skärm precis som vid laparoskopi från en port på buken. Man ska komma ihåg att de »svåra« momenten vid vaginal hysterektomi också gäller för denna nya metod. Man måste alltså kunna skjuta upp urinblåsan, få tillträde till fossa Douglasi samt behärska tekniken för att få ut en stor uterus. Vaginal laparoskopisk hysterektomi medför en kostnad för gelporten, och den tar något längre tid än vaginal hysterektomi. Det förutsätts förstås att man redan har en laparoskopistapel. Fördelarna är att den nuvarande generationen gynekologer är uppväxta med laparoskopi och robot, vilket medför att det känns mer tryggt att »se vad man gör« på tv-skärmen än att arbeta med sina händer inne i bukålan som man gör vid vaginal hysterektomi. Eftersom all blodförsörjning är strypt innan livmodern utskaffas kommer blodförlusten med den

nya metoden att bli mindre. Med hjälp av laparoskopet kommer man i princip alltid att kunna ta bort ovarier i de fall detta önskas. Svenska erfarenheter visar att majoriteten av patienter går hem samma dag som de opereras. En mycket van vaginalkirurg kommer troligen inte att tycka att dessa potentiella fördelar är tillräckliga skäl att överge vaginal hysterektomi, men det är intressant att de svenska kliniker som tagit upp metoden i större skala har så goda erfarenheter av den att de i stort sett lämnat robotassisterad hysterektomi (Helsingborg) respektive laparoskopisk hysterektomi (Considra). När det gäller anestesimetoder kan spinal- eller epiduralbedövning brukas vid de vaginala metoderna, till skillnad från de övriga, där generell anestesi krävs.

Under våren 2023 presenterades en avhandling från Södersjukhuset där man kunde visa att robotassisterad kirurgi hade fördelar för definierade patientgrup-

»Man ska komma ihåg att de 'svåra' momenten vid vaginal hysterektomi också gäller för denna nya metod.«

per, till exempel vid adipositas och endometriosis [3]. Man kan på liknande vis definiera patienter där annan minimalinvasiv metod borde vara förstahandsval. Man kan spekulera om varför Helsingborg övergav den vaginala vägen till förmån för robot när robotsystemet da Vinci introducerades. Robotar ger associationer till ofelbarhet och framtid, och de flesta kvinno-kliniker hoppade på denna trend. För att tillgodose kompetensutveckling och kvalitet uppstod »robotteam« på klinikerna, vilket till exempel medförde att ST-läkare utestängdes från möjligheten att lära sig utföra hysterektomi. Robotteknik är kost-

HUVUDBUDSKAP

- Minimalinvasiva metoder för hysterektomi innebär fördelar för patienten.
- Nu finns en fjärde metod med potential att ytterligare förbättra vården.
- Vaginal laparoskopisk hysterektomi kombinerar den vaginala hysterektomins fördelar med den goda överblick som laparoskopisk operation.
- Det är ett stort problem att den kirurgiska träningen minskar.



Illustration: Medipic/Mostphotos

Gynekologer under utbildning förväntas i dag inte lära sig hysterektomi, och »robotteamen« utestänger även de flesta av dessa när de blivit specialister.

nadsdrivande, inte bara på grund av dyr utrustning utan också genom förberedelser och efterarbete som inte ger utrymme för fler än 2-3 ingrepp per dag vid de flesta kvinnokliniker. Dock innebar robotkirurgins spridning att de minimalinvasiva metoderna för första gången dominerade över öppen kirurgi. Detta trendbrott inträffade 2015. Det kan vara så att industrins påverkan har haft betydelse för gynekologers entusiasm för robotkirurgi. Även vid vaginal laparoskopisk hysterektomi har industrin intresse av att metoden sprids. Det betyder i klartext att erfarna gynekologkirurger ersätts för kurser där sponsring sker för deltagarnas omkostnader. Företaget kan sponsra studier. Det är inget fel att industrin erbjuder utbildning, men där inga pengar finns att tjäna finns naturligtvis inte motsvarande erbjudanden. Här behöver kvinnoklinikerna/regionerna tillse att adekvat utbildning ges till medarbetarna så att val av hysterektomimetod styrs av andra faktorer än vad som bäst gagnar industrin.

Vaginal hysterektomi är lågteknologisk med flergångsinstrument, och när dessutom operationstiden är kortare än med någon annan metod blir kostnaden låg. Vad gäller för- och nackdelar bland de minimalinvasiva metoderna är debatten pågående, och några avgörande skillnader i viktiga parametrar kan inte påvisas. Tidsåtgång liksom kostnad i övrigt blir en allt

viktigare parameter i en krympande ekonomi med ökande köer. Det vore därför glädjande om studier bekräftade den goda kliniska erfarenhet som redovisas för vaginal laparoskopisk hysterektomi. Min tro och förhoppning är att många som börjar

»Dessutom bör någon på varje klinik med förlossning kunna utföra en akut hysterektomi i ett krisläge ...«

med denna nya metod kommer att välja bort laparoskopet vid de enkla fallen och därmed spara tid och pengar.

Kirurgisk utbildning är ett stort problem

Under de senaste 25 åren har antalet hysterektomier i Sverige mer än halverats - från 10 000 till 3 700 operationer per år. Samtidigt har antalet gynekologer fördubblats. Den genomsnittliga operatören i Sverige utför endast 6 hysterektomier per år! De få som utför mer än 50 ingrepp av denna typ återfinns alla vid de tre profilerade gynekologkirurgiska klinikerna som

ligger utanför de traditionella sjukhusen (Carlakliniken, Cevitacare och Considra). Det är i sig en god nyhet att mindre invasiva metoder kan bota blödningsproblem, som är den vanligaste orsaken till hysterektomi, men det försvårar för en enskild klinik att dels behärska flera metoder, dels att ge utbildning.

Den stora vattendelaren när det gäller hysterektomi går mellan öppen kirurgi och de minimalinvasiva metoderna. Konsensus råder om att andelen laparotomier bör dras ned till ett minimum. Samtidigt behöver alla vara förtrogna med abdominal hysterektomi för de fall någon av de minimalinvasiva metoderna inte fungerar eller man behöver konvertera. Dessutom bör någon på varje klinik med förlossning kunna utföra en akut hysterektomi i ett krisläge, även om embolisering löser de flesta av dessa situationer.

Gynekologer under utbildning förväntas i dag inte lära sig hysterektomi, och »robotteamen« utestänger även de flesta av dessa när de blivit specialister.

Mitt råd till yngre kollegor som vill lära sig hysterektomi blir att kontakta någon av högvolymlinikerna. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2023;120:23081

REFERENSER

- Ottosen C. Våga vaginalt! Vaginal hysterektomi är att föredra om specifik indikation för abdominalt ingrepp saknas. Läkartidningen. 1997;94:2183-6.
- Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(8):CD003677.
- Brunes M. Aspects on the use of robotic-assisted surgery in benign gynecology [avhandling]. Stockholm: Karolinska institutet; 2023.

SUMMARY

Hysterektomi – there is now a fourth minimally invasive method

For hysterectomy minimally invasive methods offer benefits.

A newly developed procedure with great potential is at hand.

Insufficient surgical training is a problem.