

Ökad andel vaginala hysterektomier med bättre tränade vaginalkirurger

Hälften av alla hysterektomier borde kunna utföras vaginalt. Men för att nå detta mål krävs bättre tränade vaginalkirurger. Klinikerna bör därför uppmuntra kontinuerlig träning och acceptera att de ger specialkompetens.

Vaginal hysterektomi har vid en litteraturgenomgång visat sig ha fördelar jämfört med laparoskopisk hysterektomi, och i än högre grad jämfört med abdominell hysterektomi [1]. Trots detta väljer majoriteten av gynekologer att ta bort livmodern via ett buksnitt. Vid annan gynekologisk kirurgi har vi med nya, mindre invasiva behandlingar lyckats förbättra omhändertagandet dramatiskt. Ovarialresistenser, framfall och inkontinens är exempel på stora sjukdomsgrupper inom gynekologin som handläggs helt annorlunda idag än endast 10–15 år tillbaka i tiden. Dessa nya behandlingar innebär inte bara en kvalitetshöjning för patienten utan också besparingar för samhället. I linje med detta borde tiden vara mogen för att öka andelen vaginala såväl som laparoskopiska hysterektomier på bekostnad av de abdominella ingreppen. De största hindren för ett trendbrott är traditionens makt, bristande träning och missuppfattningar om vilka patienter som lämpar sig för vaginal hysterektomi.

Den abdominella hysterektomin anses vara den tekniskt lättaste att lära sig.



FOLKE FLAM

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



STEFFAN LUNDBERG

med dr, VD, Gynekologkliniken Stockholm

följt av den vaginala hysterektomin. Längst träning kräver laparoskopiska ingrepp. Gynekologer under utbildning lär sig tidigt att utföra kejsarsnitt. Födelseletalen går upp, och i både relativa och absoluta tal ökar andelen kejsarsnitt kraftigt. Oavsett vad man tycker om att snart var femte kvinna förlöses abdominellt blir konsekvensen att den kirurgiska träningen på bukingrepp ökar. Samtidigt sjunker antalet hysterektomier i stora delar av västvärlden [2–4], framför allt tack vare nya metoder att behandla blödningsrubbningar. I delar av USA och Australien har var tredje kvinna under sin livstid genomgått hysterektomi [2, 3]. I Skandinavien har vi dock ännu inte sett samma tydliga trend [5].

Antalet ST-läkare ökar, och inom gynekologin erbjuds färre operationer per läkare liksom inom andra kirurgiska specialiteter. Detta är ett stort problem redan inom rutinkirurgin, och problemet accentueras när det gäller ingrepp med längre inlärningskurva, t ex vaginal hysterektomi. Att utbilda i vaginal teknik ställer högre krav på handledaren än i att utbilda i abdominell teknik; det är t ex inte lika enkelt att korrigera en felaktig suturligatur med påföljande blödnings. De som ska utbilda de yngre är dessutom själva upplärda i en skola där praktiskt taget alla hysterektomier utfördes abdominellt.

Det finns faktorer som talar för att man även idag ibland bör välja abdominell hysterektomi. Det finns olika skolor när det gäller livmoderhalsens vara eller inte vara, och önskar patienten i samråd med operatören att man bara tar bort livmoderkroppen ska ett abdominellt ingrepp utföras. Vid en normalstor och mobil livmoder kan man åstadkomma samma sak vid en vaginal operation, men det fungerar inte vid förstorad livmoder.

Att extirpera ovarierna en passant vid hysterektomi har blivit mer ovanligt. I majoriteten av fallen är det inga problem att utföra detta vaginalt [6], och om det inte fungerar kan man efter att man slutit vagina utföra denna del laparoskopiskt. Som en följd av att det blir mer ovanligt att extirpera ovarierna vid samtidig hysterektomi, kan träningen på detta via vagina komma att bli bristfällig.

Vid abdominell kirurgi har man givetvis en helt annan tillgång till ovarierna liksom vid laparoskopisk kirurgi. Om patienten redan har ett ärr nedanför naveln bortfaller den kosmetiska vinsten av att slippa ett bukärr vid vaginal operation. Vid enstaka tillfällen önskar dock patienten ett abdominellt ingrepp för att korrigera ett mycket vanprydande bukärr.

Det är tekniskt lättast att operera bort livmodern via vagina under förutsättning att livmodern är prolaberad och inte förstorad. Vid övriga tillstånd blir ingreppet svårare, men med träning kan man i majoriteten av fall operera vaginalt. Förutom vid gynekologisk malignitet är det egentligen bara vid tre tillstånd som man ska undvika vaginal operation [7]. Det första gäller fall av känd ovarialpatologi som man samtidigt vill åtgärda. Det andra handlar om kvinnor med osedvanligt trång och rigid vagina med portio lokaliserad högt upp i vagina. Denna anatomi finner man vanligen hos 0-påra kvinnor, men den kan även förekomma hos kvinnor som fött vaginalt. Det tredje gäller fall där livmodern är mycket breddökad och rörligheten är nedsatt.

Det är dessutom så att det är tidsödande att vaginalt operera bort en livmoder som är kraftigt förstorad, i synnerhet om hela volymen befinner sig anterior. Uterusstorleken avgör tidsåtgången vid vaginal operation men betyder nästan inget alls vid abdominell dito. Därav följer att det är dumdrigt att ge sig på en vaginal hysterektomi vid kraftigt förstorad uterus, även om det är tekniskt möjligt. Om livmodern i storlek når halvvägs mellan symfys och navel motsvarar det cirka 16 veckors graviditet, och upp till den storleken blir operationstiden rimlig (<60 minuter) även vid vaginal hysterektomi.

Som vid all medicinsk behandling bör valet av operationsmetod göras i samråd mellan operatör och patient. Det är sannolikt att patienter som står inför en hysterektomi i högre grad än tidigare kommer att efterfråga en operationsmetod som innebär kort vårdtid och snabb återgång till normal aktivitet. Om tradition och träning är de största hindren för en ökad användning av vaginal

hysterektomi på bekostnad av den abdominella måste vi kunna diskutera detta. Professionen har accepterat en subspecialisering när det gäller annan gynekologisk kirurgi än just hysterektomier. Vid kliniker av viss storlek finns laparoskopister, hysteroskopister, tumörkirurger och urogynekologer. Det finns alltså redan en acceptans för att stora volymer ger större färdigheter [8].

När det gäller hysterektomier finns det en uppfattning att alla ska och bör utföra ingreppet även om det skulle innebära att operatörer utför bara en handfull ingrepp per år. Det finns ett par orsaker till att det blivit på detta vis. Till skillnad från all annan gynekologisk kirurgi, där en betydelsefull utveckling skett, görs den abdominella hysterektomin på samma sätt idag som för 100 år sedan. Det betyder att man kan vara borta från kliniken långa tider på grund av administration, forskning etc. och ändå anse sig kunna utföra en och annan abdominell hysterektomi.

En bidragande orsak till att alla på en klinik förväntades kunna utföra en hysterektomi var att operationen var det i särklass vanligaste större ingreppet och att alla kirurgiskt verksamma behövde bidra med kompetens.

Idag är situationen annorlunda med

fler opererande gynekologer vid kliniker.

Ett sätt att öka andelen vaginala hysterektomier kan vara att hysterektomierna läggs på färre händer och att man internt inom en klinik respekterar att kontinuerlig träning ger specialkompetens precis som för tumörkirurgi, laparoskopisk kirurgi och urogynekologi. Vaginal hysterektomi kräver en helt annan träning, och i viss mån mod, än den abdominella operationen. Med ökande grad av träning kommer också modet, och man kommer att finna att det man betraktat som relativa kontraindikationer inte gäller. Vid oöverstigliga problem finns ju dessutom alltid möjligheten att fortsätta med ingreppet »upifrån«.

Auskultation med aktivt deltagande vid kliniker som är specialiserade på vaginal kirurgi ska uppmuntras. I bl a Österrike har vaginal hysterektomi sedan årtionden varit förstahandsvalet [9]. En rimlig målsättning kan vara att hälften av hysterektomierna ska utföras vaginalt. Bostadsorten däremot ska inte vara avgörande för om patienten får en optimal eller en suboptimal hysterektomi.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2): CD003677.
2. MacLennan AH, MacLennan A, Wilson D. The prevalence of hysterectomy in South Australia. *Med J Aust.* 1993;21:807-9.
3. Jacobson GF, Schaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1278-83.
4. Babalola EO, Bharucha AE, Schleck CD, Gebhart JB, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. 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. Davies A, O'Connor H, Magos A. A prospective study to evaluate oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:915-20.
7. 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.
8. Proietto A. Gynaecological cancer surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20:157-72.
9. Gitsch G, Berger E, Tatra G. Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1991;172:207-10.

Ny terminologi för allergi är missvisande

■ I en artikel i *Läkartidningen* [1] redogör professor S G O Johansson och medförfattare för ett nytt förslag till global nomenklatur för allergi. Förslaget stöds av ett stort antal nationella specialistföreningar för allergologi. I Sverige är det nya förslaget inte förankrat inom vår specialitet dermatologi och venerologi. Svenska kontaktdermatitgruppen, en intressegrupp inom Svenska sällskapet för dermatologi och venerologi, har under året diskuterat förslaget och funnit det angeläget att reagera.

Även om redogörelsen för den nya terminologin på många sätt är bra och klargörande anser vi att förslaget till ny eksemterminologi motverkar den ökade klarhet som revisionen eftersträvar. Följande ska enligt artikeln vara vägledande för benämningen av tillstånden:

»Då likartade kliniska symtom kan initieras av olika mekanismer är det av stor betydelse att den initierande mekanismen identifieras korrekt.« »Den reviderade nomenklatur som föreslagits av

EAACI och WAO är därför baserad på den mekanism som initierar reaktionen och orsakar symtomen och tecknen på allergisk sjukdom.« (Vår kursivering.)

I avsnittet om hudsjukdomar föreslås det övergripande begreppet *dermatit* med undergrupperna *eksem*, *kontaktdermatit* och *andra former av dermatit*. Eksem föreslås vara reserverat enbart för det kliniska tillstånd som vi idag kallar atopiskt eksem. I det nya förslaget sönderfaller eksemsjukdomen i *atopiskt eksem* och *icke-atopiskt eksem*. Enligt principen för nomenklaturen borde detta betyda att vid atopiskt eksem är atopisk allergi den viktigaste mekanismen bakom eksemet men inte vid icke-atopiskt eksem.

Problemet med nomenklaturen för vad vi idag kallar atopiskt eksem är något förenklat följande. Eksemet, som har klara diagnostiska kriterier, kan drabba personer med olika genotyp, såväl atopiker som icke-atopiker, men eksemfenotypen är densamma i båda grupperna.

Som atopiker betecknar vi en individ som har stor benägenhet att producera IgE-antikroppar, även mot små mängder allergen. Behandlingen är densamma oavsett om eksemet drabbar en atopiker eller en icke-atopiker. En skillnad, vilken påpekades under arbetet med de nya riktlinjerna för behandling av atopiskt eksem, är att IgE-medierad allergi kan vara en del i patogenesen för eksemet hos framför allt små barn med allergi mot födoämnen [2]. Dessa barn har ofta andra manifestationer av atopi eller utvecklar sådana. Det är dock fortfarande inte helt klarlagt om och vilken roll IgE har för eksemmanifestationerna. Barnet fortsätter nämligen att ha eksem sedan födoämnesallargin försvunnit.

Författarna till artikeln skriver själva: »Detta innebär att man för att ställa diagnosen atopiskt eksem inte behöver leda i bevis att det finns ett klart orsakssamband mellan IgE-antikroppen och eksemets uppkomst.« (Vår kursivering.) Ställ denna mening mot den om princi-

perna för terminologin! Förslaget till eksemnomenklatur uppfyller inte det kriterium som ska ligga till grund för de nya termerna.

Problemet med beteckningen atopiskt eksem uppkom i samma stund som man myntade begreppet. Det stod redan då klart att namnet inte var helt logiskt, eftersom en betydande andel av dem som drabbas av eksemet inte är atopiker. Den gamla beteckningen prurigo Besnier var bättre i den meningen att namnet inte ingav felaktiga föreställningar om eksemet genes. På samma vis är den svenska beteckningen böjveckseksem mindre problematisk än atopiskt eksem.

Som författarna framhåller kan det finnas vissa skäl att särskilja de båda subgrupperna av atopiskt eksem. Eventuella skillnader i patogenes, prognos och hur patienterna svarar på olika typer av behandling är viktiga områden att

forska vidare på. Vi instämmer i att det behövs en ny nomenklatur för atopiskt eksem. Den föreslagna bidrar tyvärr inte till att skapa klarhet utan kan till och med bidra till en felaktig föreställning om eksemet patogenes. Dessutom medför den, som en slags dominoeffekt, alldeles onödiga namnbyten för alla övriga eksem. Svenska kontaktdermatitgruppen har dessutom sedan några år föreslagit en svensk terminologi för kontakteksem, som inte helt överensstämmer med den föreslagna nya terminologin.

Låt oss arbeta vidare med ny nomenklatur för dermatologiska åkommor under ledning av dermatologer, gärna i samarbete med andra specialister. I det arbetet bör vi också se över andra diskutabla förslag som t ex »autoimmun allergisk urtikaria«. I kongruens med den föreslagna terminologin borde väl också

andra hudsjukdomar orsakade av autoantikroppar, exempelvis bullös pemfigoid, räknas till de allergiska sjukdomarna. Eller?



Berndt Stenberg
docent, överläkare, hud- & STD-kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
berndt.stenberg@vll.se



Mihaly Matura
med dr, bitr överläkare, hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna

REFERENSER

1. Johansson SG, Cardell LO, Foucard T, Montan P, Odeback P, Palmqvist M, et al. Reviderad, global nomenklatur för allergi. Entydiga termer skapar klarhet och undanröjer missförstånd. *Läkartidningen*. 2006;103:379-83.
2. Behandling av atopiskt eksem. Information från Läkemedelsverket. 2005;16(2):16-42.

Replik:

Nya allerginomenklaturen är ett steg i rätt riktning!

■ Vi tackar Berndt Stenberg och Mihaly Matura samt Svenska kontaktdermatitgruppen för deras inlägg om ny nomenklatur för allergi. Det är bra att någon bryr sig. Vi delar synen att det är både missvisande och olyckligt att kalla något för atopiskt om IgE-antikroppar saknas.

En litteraturgenomgång har visat att endast cirka en tredjedel av personer med »atopisk dermatit/böjveckseksem/prurigo Besnier« är atopiker, medan resten inte är det [1]. Mot den bakgrunden är den nya nomenklaturen där man indelar eksem i atopiskt och icke-atopiskt ett steg i rätt riktning [2].

Trots den nya nomenklaturens intentioner kan det hos den enskilde patienten

vara mycket svårt att leda i bevis att eksemet är IgE-medierat, varför man tills vidare får nöja sig med kravet att atopiskt eksem i vart fall ska vara IgE-associerat. Att helt avskaffa termen atopiskt har internationellt inte varit möjligt. Vi deltar gärna i ett fortsatt arbete kring nomenklaturfrågorna.

S G O Johansson

professor, överläkare, avdelningen för klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
S.G.O.Johansson@ki.se

Carl-Fredrik Wahlgren

docent, överläkare, hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Carl-Fredrik.Wahlgren@ki.se

Tony Foucard

docent, f d överläkare, Akademiska barnsjukhuset, Uppsala
tony.foucard@kbh.uu.se

Peter Odeback

specialist i allmänmedicin, Kvalita Närsjukvård Örebro–Stockholm
Peter.Odeback@kvalita.se

REFERENSER

1. Flohr C, Johansson SG, Wahlgren CF, Williams H. How atopic is atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(1):150-8.
2. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113(5):832-6.

Endast på nätet www.lakartidningen.se

Slutreplik till Edward Palmer:

Låt rapporten om attityder och sjukskrivning ingå i kurslitteraturen!

LENNART HALLSTEN