

Operativ behandling af blødningsforstyrrelser

Overlæge Lisbeth Nilas & overlæge Ulla Breth Knudsen

H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, og Odense Universitetshospital, Gynækologisk/obstetrisk Afdeling

Blødningsforstyrrelser er årsagen til 40% af alle henvendelser til gynækolog. Kirurgisk behandling af blødningsforstyrrelser er især indiceret ved organisk årsag til blødningsproblemet, manglende effekt af medicinsk behandling eller ved tryk-symptomer eller smerter.

Procedurebeskrivelse

Hysterektomi er det næsthyppigste kirurgiske indgreb på gynækologisk-obstetriske afdelinger kun overgået af sectio. Omkring 80% af alle hysterektomier foretages på benign indikation, heraf langt de fleste på grund af blødningsforstyrrelser og/eller fibromer i uterus.

Den traditionelle adgang er abdominalt hyppigst via lavt tværsnit. Vaginal hysterektomi er især indiceret ved descensus af uterus, men kan udføres på den ikkedescenderede uterus. Vaginal hysterektomi kan suppleres med forskellige grader af laparoskopisk assistance varierende fra diagnostisk laparoskopisk over løsning af ovarierne til den totale laparoskopiske hysterektomi, hvor uterus fjernes gennem troicarts ved hjælp af morcellator.

Hysteroskopisk operation kan komme på tale ved fokale forandringer i uterinkaviteten, hvor polypper eller fibromer kan reseceres transcervikalt (TCFR). Vedvarende blødninger og/eller kraftig blødning uden organisk patologi kan behandles med transcervikal ablation og/eller resektion af endometriet (TCER). Indgrebet foretages hyppigst ved anvendelse af kuglebrænder (*rollerball*) eller elslynge, men også laser, kulde og varme - herunder blind ballonkogning - anvendes.

Myonektomi, med fjernelse af isolerede symptomgivende fibromer, kan være indiceret hos kvinder, der ønsker at bevare deres uterus og fertilitet. Operationen foretages oftest ved laparotomi, men kan eventuelt foretages laparoskopisk. Ved myolyse foretages laparoskopisk destruktion af fibromer med koagulation eller laser, hvorefter fibromerne degenererer. Magnetisk resonans-vejledt myolyse med laser eller højfrekvent ultralyd er nye eksperimentelle behandlinger, der er beskrevet i udlandet.

Embolisering af aa. uterina med mikropartikler indført via aa. femoralis medfører iskæmi og ofte mere end halvering af fibromstørrelse og mindsket menstruationsblødning.

Resultater

Risikoen for komplikationer ved hysterektomi er som ved

andre større kirurgiske indgreb afhængig af indikation, alder og konkurrerende lidelser. Mortaliteten ved hysterektomi på benign indikation er 0,6 pr. 1.000. I en dansk undersøgelse fandt man komplikationer hos 18% ved hysterektomi på benign indikation [1] (heraf var 6% reoperationskrævende): 1% havde organlæsioner, 6% havde blødning/hæmatom og 9% infektioner, hvilket ikke adskiller sig væsentligt fra de resultater, man har fundet i udenlandske undersøgelser.

Hysteroskopisk resektion af corpuspolypper giver tilfredsstillende blødningsreduktion hos 90-95%. Størst effektivitet opnås ved overvejende intrakavitært beliggende mindre fibromer under 5 cm. Ved større fibromer kan to eller flere resektioner komme på tale.

Endometrieablation og resektion medfører amenorré hos ca. 50% og tilfredsstillende blødningsreduktion hos 40% - afhængigt af teknik, patientseleksion og operatørfaring.

Risikoen ved operativ hysteroskopi er dels umiddelbare operative komplikationer (ca. 5%) og ca. 20% risiko for at yderligere kirurgi bliver nødvendig inden for fem år på grund af recidiv eller smerter [2]. I Danmark bliver 21,4% hysterektomeret inden for fem år, og 8,6% får foretaget fornyet resektion efter TCER [3].

Der er en høj grad af patienttilfredshed efter både hysterektomi, endometriresektion, embolisering og behandling med gestagenspiral.

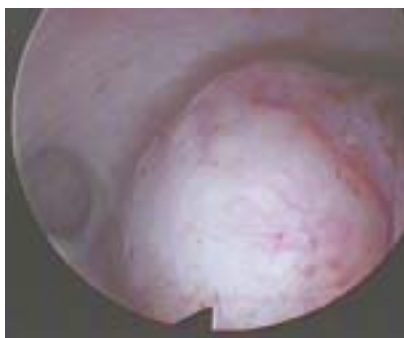
Rådgivningen af den enkelt patient kan være vanskelig, da der er et meget begrænset antal randomiserede sammenligninger af tilfredshed, blødningsreduktion, komplikationer og risiko for fornyet kirurgisk indgreb på lang sigt ved de forskellige behandlingstilbud (**Figur 1** og **Figur 2**).



Figur 1. Fibromatøs uterus på 1.300 g, cervix ses nedadtil.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Figur 2. Hysteroskopi med intrakavitært fibrom, tubaostiet ses mod venstre.



Status internationalt

Den sparsomme dokumentation for fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsregimener medfører, at det er vanskeligt at opnå konsensus for behandling af blødningsforstyrrelser [4].

Dette medfører endvidere, at kirurg- og patientpræferencer ofte bliver afgørende for indgrebstype og hyppighed – en forskel, der f.eks. viser sig ved store regionale variationer af hyppigheden af hysterektomi. I USA er hysterektomiraten f.eks. 30% mod 10% i Danmark, og 23% af hysterektomierne i USA udføres vaginalt.

Status i Danmark

På trods af mange nye metoder til behandling af blødningsforstyrrelser og en øget anvendelse af de hysteroskopiske teknikker er antallet af hysterektomier i Danmark ikke faldet. I 2000 udførtes totalt ca. 6.000 hysterektomier, hvoraf 84% var abdominale. Af disse var 79% totale (TAH), mens 21% var subtotale abdominale hysterektomier. De resterende hysterektomier blev udført som vaginal hysterektomi (VH), heraf 6% som laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi (LAVH) [3].

I Danmark udføres godt 2.000 transcervikale kirurgiske indgreb årligt, heraf er 35% polypresektion, 17% fibromresektion, 40% TCER og resten overvejende kombinationer af disse. Embolisering udføres kun enkelte steder i landet.

I Skandinavien har der ikke været tradition for vaginal hysterektomi på den ikkedescenderede uterus. Operationen har fået en renæssance i de senere år, idet resultaterne fra nogle studier tyder på færre komplikationer end ved abdominal adgang.

Litteraturgennemgang i et nylig publiceret Referenceprogram [5] viser, at der ikke er stor forskel i komplikationsfrekvenser, indlæggelses- eller rekonvalescenstid imellem de forskellige hysterektomityper, og at man ikke generelt kan anbefale en operationstype frem for en anden. Operationstypen må vælges på baggrund af den enkelte kvindes anatomi, hendes ønsker efter grundig rådgivning samt operatørens erfaring.

Med henblik på at belyse, hvilke faktorer der har betydning for operationsresultatet, er der i Danmark oprettet en da-

tabase for operativ hysteroskopi samt taget initiativ til en hysterektomidatabase. Målet er at opnå større viden om, hvilke behandlingsmetoder der bør foretrækkes i den enkelte kliniske situation.

Korrespondance: *Lisbeth Nilas*, Gynækologisk Afdeling 537, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: lisbeth.nilas@hh.hosp.dk

Antaget: 16. december 2003

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterektomi i Danmark. *Ugeskr Læger* 2002;164:4539-45.
2. Aberdeen Endometrial Ablation Trials Group. A randomised trial of endometrial ablation versus hysterectomy for the treatment of dysfunctional bleeding: outcome after four years. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:360-6.
3. Lidegaard Ø, Hammerum MS. Landspatientregisteret til kvalitetssikring i det gynækologiske speciale. MTV-rapport. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
4. Myers ER, Barber MD, Gustilo-Ashby T et al. Management of uterine leiomyomata: what do we really know? *Obstet Gynecol* 2002;100:8-17.
5. Referenceprogram for hysterektomi på benign indikation. København: Sekretariatet for Referenceprogrammer, 2003.