

Korttidsresultater etter hysterektomi ved benign sykdom

Sammendrag

Bakgrunn. Vaginale og laparoskopiske hysterektomier har på ti år erstattet laparotomi hos mange pasienter med benign sykdom. Denne observasjonsstudien beskriver korttidsresultatene ved de ulike metodene for hysterektomi ved Sykehuset i Vestfold.

Materiale og metode. Alle kvinner med benign sykdom uten descens som ble hysterektomert ved Sykehuset i Vestfold i 2000–01, ble inkludert. Det ble utført 315 hysterektomier, 41 % uten laparotomi.

Resultater. Supravaginal og vaginal hysterektomi hadde kortest operasjonstid. 29 % hadde komplikasjoner. Det var sju blæreskader, ingen ureterskader og én tynntarmsperforasjon. 4,4 % av pasientene ble reoperert. Pasienter operert vaginalt eller laparoskopisk hadde kortere liggetid i sykehuset.

Fortolkning. Det var flere blæreskader og infeksjoner ved Sykehuset i Vestfold enn rapportert i andre nordiske studier. Bruk av infeksjonsprofylakse gav færre infeksjoner. Der det ligger til rette for laparoskopisk eller vaginal hysterektomi, vil slike metoder kunne forkorte liggetiden.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 767

Jardar Oma

jardar.oma@siv.no
Kvinneklinikken
Sykehuset i Vestfold
Postboks 2168
3103 Tønsberg

De siste 10–15 år har det skjedd en stor utvikling av operasjonsmetodene ved hysterektomi hos kvinner med benign sykdom uten descens. I 1988–90 ble det i Norge nærmest bare brukt laparotomi (1), mens i 2000–01 ble 22 % av disse kvinnene operert vaginalt

og/eller laparoskopisk (2). Ved Sykehuset i Vestfold var denne andelen 41 % (2).

Det er beskrevet raskere rekonvalesens ved hysterektomi uten laparotomi (3, 4). Denne studiens formål er å beskrive korttidsresultatene ved de ulike operasjonsmetodene for hysterektomi ved Sykehuset i Vestfold.

Materiale og metode

Studien omfatter alle kvinner med benign sykdom som ble hysterektomert ved Sykehuset i Vestfold fra 1.1. 2000 til 31.12. 2001. Kvinner med behandlingstrengende genital descens eller som skulle ha andre bukoperasjoner samtidig, ble ekskludert. Data ble hentet fortløpende fra pasientenes journaler som en prospektiv observasjonsstudie. De preoperative pasientkarakteristika er beskrevet i dette nummer av Tidsskriftet (2).

Alle pasientene fikk generell anestesi. 13 leger utførte minst én operasjon hver. Tre av dem utførte 52 % av inngrepene. Pasientene ble operert med laparotomi med enten total abdominal hysterektomi (n = 94) eller supravaginal hysterektomi (n = 92) og uten laparotomi med vaginal hysterektomi (n = 105), laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (n = 6) eller laparoskopisk supravaginal hysterektomi (n = 18).

Pasienter som fikk infeksjonsprofylakse, fikk oftest en kombinasjon av intravenøs cefuroksim 1,5 g og metronidazol 1,5 g per operativt (e-tab 1). Noen få pasienter fikk intravenøs doksycylin 200 mg kombinert med metronidazol og noen cefuroksim eller metronidazol alene. Som ledd i en studie om forebygging av urinveisinfeksjoner fikk noen pasienter metenaminhippurat per os (5).

Tromboseprofylakse ble gitt i form av subkutan injisert dalteparinnatrium; 2 500 IE daglig til pasienter med middels risiko og 5 000 IE til pasienter med høy risiko for postoperativ trombose.

Operasjonstiden ble regnet som tiden fra incisjon til siste sutur var knyttet. Alle pasientene ble behandlet etter de samme retningslinjer for symptomlindring, mobilisering og fødeinntak postoperativt.

Blødningsmengde ble uttrykt ved det prosentvise fall i hemoglobinkonsentrasjon fra preoperativ verdi til laveste postoperative verdi.

Det ble registrert liggetid i sykehuset og om det tilkom komplikasjoner. Journalene ble kontrollert for kontakter i form av reinnleggelse eller poliklinisk undersøkelse og behandling på grunn av komplikasjoner innen seks uker etter utskrivning fra sykehuset.

Statistiske beregninger ble gjort med t-test og khikvadrattest, dels med Yates korreksjon for små tall. Grensen for signifikans er satt ved $p < 0,05$.

Resultater

Vaginal hysterektomi og supravaginal hysterektomi hadde signifikant kortere gjennomsnittlig operasjonstid enn total abdominal hysterektomi, også når bare inngrep der det ikke ble gjort ooforektomi ble sammenliknet (tab 2). To operatører med mest erfaring utførte halvparten av alle vaginale hysterektomier. De hadde signifikant kortere gjennomsnittlig operasjonstid ved vaginal hysterektomi enn de andre operatørene.

Pasientene som ble operert med laparotomi, hadde gjennomsnittlig hemoglobinfall på 18,9 %, de som ble operert uten laparotomi 15,6 % ($p < 0,001$). 15 pasienter som ikke var anemiske preoperativt, fikk transfusjon. 11 av dem var i laparotomigruppen.

92 (29 %) pasienter hadde 127 komplikasjoner (tab 3). Sju pasienter hadde blæreskade. Fem av blæreskadene ble lukket primært. To vesikovaginale fistler ble erkjent i den postoperative fase: En ble lukket kirurgisk ved reoperasjon, den andre konservativt behandlet med kateter i sju dager. Det var ingen ureterskader. En pasient hadde en tynntarmsperforasjon.

14 (4,4 %) ble reoperert på operasjonsstuen i generell anestesi. Ni (2,9 %) ble reoperert med laparotomi; åtte på grunn av intraabdominal blødning og en for blæreskade. To pasienter ble reoperert i bukveggen på grunn av infisert hematoma, den ene to ganger. En ble reoperert vaginalt for intraabdominal blødning og to fikk drenert infisert hematoma vaginalt.

61 (19 %) fikk postoperativ infeksjon. Av disse fikk fem infeksjon både i operasjonsfeltet og i urinblæren. De som fikk bred-



Fakta

- Hysterektomi er det vanligste intraabdominale gynekologiske inngrep
- Stadig flere hysterektomier gjøres laparoskopisk og vaginalt
- Det er uavklart hvordan nye operasjonsmetoder påvirker liggetid i sykehus, morbiditet og reinnleggelser

Tabell 2 Operasjonstid i minutter

	Gjennomsnitt (spredning)
Total abdominal hyster- ektomi	75 ¹ (34–236)
Supravaginal hysterektomi	64 (29–166)
Vaginal hysterektomi	58 ² (24–132)
Laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi	110 (86–179)
Laparoskopisk supravaginal hysterektomi	124 (66–159)

¹ P = 0,04 ved sammenlikning med vaginal og supravaginal hysterektomi
² Erfaren operatør 45, uerfaren operatør 71

spektrede antibiotika som profylakse, hadde signifikant lavere infeksjonsfrekvens ($p < 0,01$). Pasientene som ble operert uten laparotomi hadde signifikant kortere liggetid i sykehuset enn de laparotomerte (tab 4). Forskjellen blir den samme om man bare regner med de ukompliserte behandlingsforløpene. 15 (4,8 %) av alle pasientene ble reinnlagt med komplikasjoner.

Diskusjon

Pasientene i de fem operasjonsgruppene var ulike preoperativt på områder som kunne ha betydning for det kliniske forløpet, men det var også likheter mellom pasientgruppene (2), slik at mange kunne vært operert med en annen metode.

De vaginale og laparoskopiske operasjonene ble i større grad enn laparotomiene utført av operatører som ikke var nær toppen av sin lærecurve for den aktuelle metoden, fordi disse metodene var nye for avdelingen. Dette medførte lengre operasjonstid og kanskje økt risiko for komplikasjoner.

Det var sju (2,2 %) blæreskader, hvorav fem (1,6 %) ble reparert ukomplisert i samme seanse, og pasientene lå bare tre til seks dager på sykehuset etter operasjonen. To (0,6 %) ble erkjent postoperativt som fistler. Dette er signifikant ($p < 0,02$) flere fistler enn i et materiale på 62 379 hysterektomier fra Finland i 1990–95 der forekomsten var 0,08 % (6).

I en finsk studie fra 1996 hadde 10,6 % av alle pasientene en infeksjon (7) og i et materiale fra Helsingborg på 120 pasienter hadde 6,7 % infeksjon (4). I den svenske studien

fikk alle pasientene bredspektrede antibiotika som infeksjonsprofylakse. 19 % av pasientene ved Sykehuset i Vestfold hadde infeksjon postoperativt, noe som er signifikant flere infeksjoner enn i den finske ($p < 0,001$) og den svenske studien ($p < 0,01$). De pasientene ved Sykehuset i Vestfold som fikk bredspektrede antibiotika som profylakse, hadde ikke signifikant høyere infeksjonsfrekvens enn tallene referert fra Finland og Sverige. Ved Sykehuset i Vestfold gis det nå bredspektrede antibiotika som profylakse til alle pasienter som opereres med total abdominal hysterektomi og vaginal hysterektomi, og metenaminhippurat som profylakse til alle hysterektomipasienter som ikke får antibiotika.

Liggetid i sykehuset etter hysterektomi påvirkes i stor grad av andre faktorer enn pasientens tilstand. Forventninger hos pasientene, pleiepersonalet og legene kan ha stor betydning. Ved supravaginal hysterektomi har liggetiden ved Sykehuset i Vestfold gradvis gått ned fra et gjennomsnitt på 8,0 dager i 1987 (egne data) til 4,4 dager i 2000–01, noe som neppe avspeiler en tilsvarende forkorting av rekonvalesenstiden. Liggetid er derfor en dårlig markør på kvalitet når ulike sykehus skal sammenlikne resultatene sine. I en stor dansk studie med 10 171 hysterektomier i 1998–2000 var liggetiden tilsvarende tallene for Sykehuset i Vestfold i 2000–01 (8). I den danske studien ble 815 (8 %) pasienter reinnlagt, signifikant flere enn de 15 (4,8 %) som ble reinnlagt ved Sykehuset i Vestfold ($p < 0,05$).

Kvinner med benign sykdom bør ved vurdering av operasjonsindikasjon informeres om at hysterektomi er beheftet med en viss komplikasjonsfrekvens. Der det ligger til rette for vaginal eller laparoskopisk hysterektomi, vil slike inngrep kunne forkorte liggetiden i sykehuset.

e-tab 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Tabell 3 Komplikasjoner ved de ulike hysterektomiene

	Total abdominal hysterektomi n = 94	Supravaginal hysterektomi n = 92	Vaginal hyster- ektomi ¹ n = 111	Laparoskopisk supravaginal hysterektomi n = 18
Pasienter med komplika- sjoner	39	31	20	2
Pasienter reoperert	4	4	6	0
Blæreskade	3	1	3	0
Tarmskade	0	1	0	0
Infeksjon i operasjonsfeltet	12	11	6	1
Hematom	19	14	13	1
Cystitt	18	12	6	0
Klemskade på perifer nerve	2	1	0	0
Andre komplikasjoner	1 ²	0	1 ³	1 ⁴

¹ Også laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (n = 6)

² Lungeemboli

³ Fjernet trombosert venesegment på håndryggen 19. postoperative dag

⁴ Laparoskopien ble konvertert til laparotomi på grunn av blødning. Pasienten fikk transfusjon postoperativt på grunn av lav hemoglobinkonsentrasjon

Tabell 4 Liggetid (antall netter i sykehus etter operasjonen) og reinnleggelser innen seks uker

	Alle behandlingsforløp (n = 315)	Bare ukompliserte forløp (n = 223)	
	Gjennomsnitt (spredning)	Gjennomsnitt (spredning)	Antall reinnleggelser
Total abdominal hysterektomi	4,5 (2–19)	4,1 (3–6)	8
Supravaginal hysterektomi	4,4 (2–14)	3,7 (3–6)	4
Vaginal hysterektomi ¹	2,9 (2–13)	2,5 ² (2–4)	3
Laparoskopisk supravaginal hysterektomi	2,8 (1–6)	2,4 ² (1–5)	0

¹ Også laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi

² P < 0,001

Litteratur

- Backe B, Lilleeng S. Hysterektomi i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 971–4.
- Oma J. Hvilke faktorer avgjør metodevalget ved hysterektomi på benign indikasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 792–4.
- Knudsen HJH, Rosgaard A, Rasmussen KL. Vaginal hysterektomi ved ikke-proliferert uterus. Ugeskr Læger 2001; 163: 2133–5.
- 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.
- Schiøtz HA, Guttu K. Value of prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 743–6.
- Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. Obstet Gynecol 1998; 92: 113–8.
- Mäkinen J, Johansson J, Tomas C, Tomas E, Heinenon PK, Laatikainen T et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum Reprod 2001; 16: 1473–8.
- Møller C, Kehlet H, Utzon J, Ottosen BS. Hysterektomi i Danmark. En analyse af postoperativ hospitalisering, morbiditet og genindlæggelse. Ugeskr Læger 2002; 164: 4539–45.