
Gynekologisk endoskopisk kirurgi i Finland

Juha Mäkinen

Den endoskopiska kirurgin har i största delen av vårt land infriat de förväntningar som ställdes på den inom gynekologin. Bland annat har kortare vårdtider och sjukskrivningar erkänts både av patienterna och samhället. I synnerhet inom hysteroskopisk anomalikirurgi har denna teknik visat sig ha stora fördelar. Framgångarna har visserligen inte varit problemfria och allvarliga komplikationer kan uppstå. Det är synnerligen viktigt att informera om dem, undvika dem och erbjuda snabb adekvat behandling för dem.

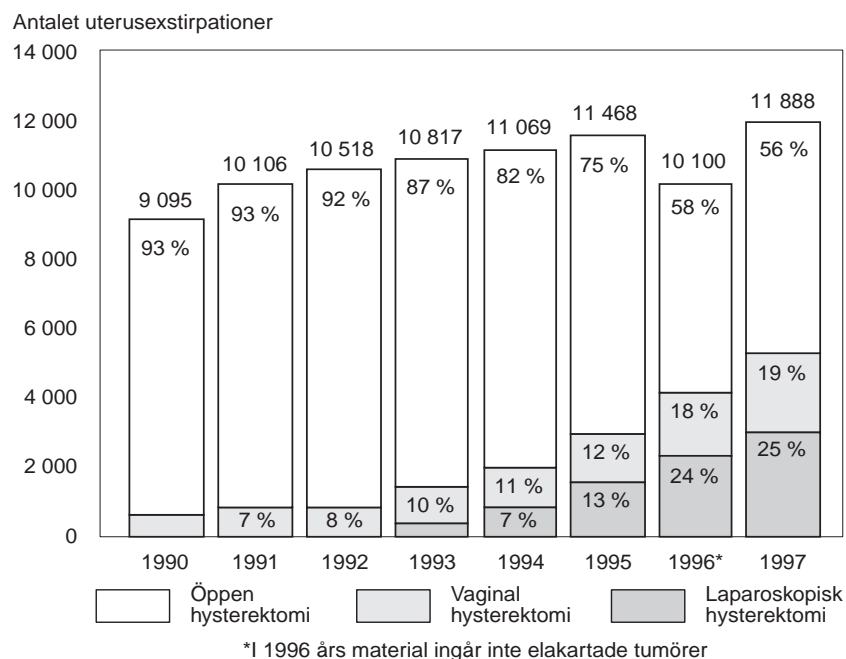
I slutet av 1960-talet började man använda explorativa laparoskopier på gynekologiska indikationer. Utredning med hjälp av laparotomi (t.ex. av barnlöshet) som då ännu användes på många sjukhus gick efter hand till historien. Den tiden var professor Kurt Semm i Kiel banbrytare i utvecklingen av laparoskopiska operationsmetoder och lockade även finländska gynekologer bl.a. från Helsingfors, Åbo och Jyväskylä att gå i lära hos honom. Vid kvinnokliniken i Åbo utfördes diagnostiska laparoskopier i synnerhet av Seppo Ruponen, och i Jyväskylä var Tapani Pyörälä och Reijo Ojanen aktiva på detta område. De reste omkring och berättade om sina erfarenheter på olika håll i landet. Pneumoperitonealisationstekniken var besvärlig i början, och när ett par allvarliga komplikationer inträffade avmattades entusiasmen för laparoskopi tillfälligt bl.a. i Helsingfors. Med ökad skicklighet och teknisk färdighet spred sig laparoskopimetoden över hela landet, och i slutet av 1970-talet hade den blivit en etablerad metod för diagnostik (barnlöshet, misstanke på extrauterin graviditet, bukbotten-smärtor) och för små åtgärder (bränning av endometrios, sterilisation, punktion av ovarialcystor).

Laparoskopiska operationer blir allmänna

Med allt längre utvecklad laparoskopiapparat inleddes i Helsingfors i början av 1980-talet de egentliga laparoskopiska operationerna av Anssi Tenhunen och Aarne Koskimies. Den förstnämnde opererade år 1987 den första extrauterina graviditeten laparoskopiskt i Finland. Det var ett stort framsteg för den laparoskopiska kirurgin inom gynekologin, och efter detta fick behandlingsformen spridning även på annat håll. Samma tider blev enukleation av ovarialcystor och uterusmyom allmännare. I Tammerfors var professor Pentti K Heinonen särskilt intresserad av hysteroskopiska åtgärder och i utvecklingen av dem har han varit banbrytare i vårt land och fungerat som lärare i exstirpation av intrauterina förändringar (polyp,

FÖRFATTAREN

Juha Mäkinen är professor i gynekologi vid Kvinnokliniken vid Åbo universitetssjukhus.



Figur 1. Antalet uterusexstirpationer och fördelningen mellan olika typer i Finland 1990–1997

myom, uterusseptum) och blödningsrubbingar (endometriumablation) i synnerhet på 1990-talet.

Genombrott

Det egentliga genombrottet för laparoskopi skedde först år 1992. Videotekniken möjliggjorde operationer, där bilden i en monitor kunde följas av alla personer som deltog i operationen och kirurgens händer "frigjordes" för själva operationen. Den första laparoskopiska uterusexstirpationen hade gjorts ute i världen redan år 1988 (1) och fyra år senare hade attityderna i Finland modifierats så att den första laparoskopiska uterusexstirpationen gjordes här i september 1992 (2). Åtgärderna som hade inletts i Åbo och Helsingfors fick snart efterföljare på andra sjukhus.

Den gynekologiska endoskopiska kirurgin organiserar sig

I början av år 1993 samlades finländska kolleger som var intresserade av gynekologisk endoskopisk speciellt laparoskopisk kirurgi, varefter Finlands Gynekologiförening officiellt grundade en arbetsgrupp för gynekologisk endoskopisk kirurgi (GEK). Medlem-

mar blev Timo Laatikainen (Uleåborg/Helsingfors), Minna Kauko (Kuopio/Joensuu), Pentti K. Heinonen (Tammerfors), Jari Sjöberg (Helsingfors) och Juha Mäkinen (Åbo). Sedermera har även Eija Tomás (Uleåborg/Tammerfors) och Anna-Mari Heikkinen (Kuopio) verkat förtjänstfullt i arbetsgruppen.

Arbetsgruppens målsättning har i första hand varit att ansvara för utbildningen på området i vårt land. Det första s.k. GEK-mötet hölls redan i september 1993 i Helsingfors i Tamrohuset och samlade cirka 100 av saken intresserade kolleger. Snart framgick det att hela operationsteamet behövde påbyggnadsutbildning och därmed kom även sjukskötarna med på kurserna. Kurserna åren 1996 (GEK IV) och 1997 (GEK V) ordnades efter önskemål som tvådagarskurser, och så fick cirka 200 deltagare även tillfälle till social samvaro och diskussion.

Utbildning och internationella kontakter

Utbildningsdagar och verksamhet under övervakad handledning har visat sig vara den rätta vägen till självständiga endoskopiska operationer. Arbetsgruppsmedlemmarnas egen utbildning utomlands har gjort det möjligt att förmedla den nyaste kunskapen till

Tabell 1. *Den endoskopiska gynekologiska kirurgin i Finland år 1998*

Hysteroskopiska åtgärder
– tumörer i uterus-kaviteten (t.ex. polyper, myom)
– intrauterina adherenser
– kanylering av äggledare o.dyl.
– resektion av uterusseptum
– ablation och resektion av endometriet

Laparoskopiska åtgärder
– benigna adnextumörer (t.ex. endometriom, dermoid)
– myomenukleation
– ovariektomi
– supracervikal amputation eller totalexstirpation av uterus
– rekonstruktion av sterilisation
– inkontinensoperationer (t.ex. Burch eller slingoperation)
– korrigering av cystocele (anterior kolpofixation)
– rektocel (posterior levatorplastik)
– korrigering av enterocele (kuldoplastik, s.k. high McCall)
– korrigering av vaginalprolaps (kolposakropexi)
– appendektomi
– behandling av endometrialcancer inklusive exstirpation av uterus och ovarier samt lymfknutor i pelvis (valda fall)

vårt land. Dessutom har utländska föreläsare besökt GEK-kurserna och berättat om sina erfarenheter. Samarbetet med medicinska industriföretag som producerar instrument och tillbehör för operationerna har varit viktigt. Vid universitetssjukhusen har även "hands on"-kurser hållits som kallövning i s.k. boxar och "varmövning" i försöksdjurslaboratorier. Samarbetet med kirurger som sysslar med laparoskopisk kirurgi har även på olika områden varit mycket betydelsefullt, bl.a. när det gäller att ordna gemensamma utbildningar med regelbundna mellanrum. Arbetsgruppen har den senaste tiden utvidgat temaområdet för sin utbildningsverksamhet att även omfatta vaginala åtgärder.

I det samnordiska organet för gynekologisk endoskopisk kirurgi och i den europeiska endoskopiföreningens styrelse har arbetsgruppen representerats av sin ordförande. Kollegerna i våra grannländer (Sverige, Norge) har vid våra gemensamma sammankomster ofta "med avund" framfört sin beundran över hur den endoskopiska kirurgin har brett ut sig i vårt land jämfört med deras egna länder som är klart på efterkälken. GEK-verksamhetens syften har lyckats,

och detta har även erkänts av moderföreningen, som har beviljat stipendier för arbetsgruppens forskningsverksamhet.

Kvalitetskontroll och akademisk forskning

Inom den gynekologiska kirurgin i Finland skedde från 1960-talet fram till 1990-talet till exempel i fråga om uterus-exstirpation knappast något annat än en ökning till cirka 10 000 fall om året. Merparten av åtgärderna gjordes abdominalt, och de vaginala uterus-exstirpationernas andel på riksnivå har fram till början av 1990-talet varit bara 7–9 procent, även om deras andel på vissa sjukhus varit över 50 procent (t.ex. Etseri). Från år 1993 har de laparoskopiska och även vaginala hysterektomierna ökat (figur 1). Parallellt med hysterektomierna har även den endoskopiska adnexkirurgin ökat (3). I dag utförs exstirpationen av en benign adnextumör oftast som en dagkirurgisk åtgärd och i fråga om gynekologiska indikationer täcker den endoskopiska operationskön redan nästan alla traditionella åtgärder (tabell 1).

I enlighet med 1990-talets anda gick GEK-gruppen även in för kvalitetskontroll. Först utreddes de laparoskopiska operationernas detaljer och långtidseffekter (4). År 1996 samlade GEK-arbetsgruppen in uppgifter om alla hysterektomier i vårt land (FIN-HYST 96). Därigenom har man fått aktuella uppgifter om antalet olika typer av hysterektomi både landsomfattande och lokalt, operationsindikationer, operativa detaljer och konvalescensen efter operationen samt operationskomplikationerna (5). Avsikten med detta är att styra in den gynekologiska kirurgin i färar som bäst gagnar patienterna samtidigt som detta uppmuntrar till liknande fortsatt uppföljning även senare.

Utvecklingsarbetet fortsätter

Den endoskopiska kirurgin har i största delen av vårt land infriat de förväntningar som ställdes på den inom gynekologin. Bland annat har kortare vårdtider och sjukskrivningar erkänts både av patienterna och samhället. Likaså har sensationer upplevts i synnerhet inom anomalikirurgin. Konstruktion av en aplastisk vagina med en kombinerad nedre vägs- och laparoskopiskt åtgärd har i dag i ljuset av några fall redan lyckats utmärkt. Dessutom har en hysteroskopiskt gjord öppning av mellanväggen i en tvådelad uterus

varit revolutionerande jämfört med den tidigare situationen, då man ännu för cirka fem år sedan var tvungen att behandla dessa patienter genom att öppna bukbetäckningarna och livmodern. Numera är åtgärden en rutinmässig dagkirurgisk åtgärd åtminstone på universitetssjukhusen.

Framgångarna inom den gynekologiska endoskopiska kirurgin har visserligen inte varit problemfria. Även om antalet komplikationer t.ex. vid uterusexstirpationer totalt sett varit mindre än vid abdominal eller vaginal kirurgi, kan allvarliga komplikationer uppstå, och det är synnerligen viktigt att informera om dem, undvika dem och erbjuda snabb adekvat behandling för dem. I synnerhet vid laparoskopiska hysterektomier har skador på urinvägarna varit besvärliga (6).

När skador uppstår är det givetvis utomordentligt viktigt att riktig utbildning ges, men även de tekniska metoderna kan bära skulden och kräva åtgärder i fortsättningen. Man har t.ex. tänkt sig att den vid hysterektomi allmänt använda elektrokoaguleringen (bipolärmetoden) kan orsaka en s.k. termoskada på urinvägarna, vilket med andra metoder kunde undvikas. Bland dessa metoder har den s.k. staplertekniken bedömts bli för dyr, och ligeringstekniken med knutar och loopar alltför besvärlig; det som återstår är ovannämnda bränningsteknik. För att

eliminera denna eventuella skada har man redan i dag fått utmärkta erfarenheter av en ultraljudskniv, med vilken problemet tydligen kan undvikas (7). Framtiden utvisar bl.a. om denna teknik har sin egen givna plats i den gynekologiska endoskopiska kirurgin.

Juha Mäkinen
Kvinnokliniken
Åbo universitetscentralsjukhus
Kinakvarngatan 4-8
20520 Åbo

LITTERATUR

1. Reich H, DeCaprio J, McGlyn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213-6.
2. Mäkinen J, Sjöberg J. First experiences from laparoscopically assisted hysterectomy in Finland in 1992. *Ann Chir Gynaecol* 1994; 83: 59-61.
3. Kauko M. Kohdun sivuelinten laparoskooppinen kirurgia. *Duodecim* 1993; 109(21): 1955-60.
4. Härkki-Siren P, Sjöberg J, Mäkinen J, Heinonen PK, Kauko M, Tomas E, Laatikainen T. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: A review and complications of 1165 operations. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 118-22.
5. Johansson J, Mäkinen J, Kauko M, Tomas E, Sjöberg J, Heinonen PK, Laatikainen T, Heikkinen A-M, Tomas C. One-year nation wide prospective study of hysterectomies performed in Finland in 1996. *J Am Assoc Gynecol Lap* 1997; 4 (suppl): S29.
6. Härkki-Siren P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 113-8.
7. Kauko M. New techniques using the ultrasonic scalpel in laparoscopic hysterectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10: 303-5.