



National klinisk retningslinje om hysterektomi (fjernelse af livmoderen) ved godartet sygdom

Quick guide

Kirurgisk metodevalg

Anvend kun subtotal hysterektomi frem for total hysterektomi efter nøje overvejelse, da der er dokumenterede ulemper som vedvarende cyklisk vaginalblødning.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Risikoen for vedvarende cyklisk vaginalblødning efter subtotal hysterektomi er tilstede hos alle præmenopausale kvinder, der får foretaget indgrebet. De fleste kvinder ønsker at være foruden vedvarende cyklisk vaginalblødning efter hysterektomi og klinikerne bør derfor informere kvinderne om denne risiko ved subtotal hysterektomi. Kvinder, der skal opereres pga. blødningsforstyrrelser, vil have størst gavn af total hysterektomi.

De kvinder, der vælger at få foretaget subtotal hysterektomi, skal informeres om at de fortsat skal følge det normale screeningsprogram for cervikal dysplasi. Kvinderne kan informeres om, at risikoen for cervikal dysplasi og udvikling af cervix cancer efter subtotal hysterektomi formentlig er på niveau med baggrundsbefolkningens risiko.

Total hysterektomi skal særligt overvejes til kvinder, der tidligere har fået påvist cervikal dysplasi.

Kvinder med klimakterielle gener kan behandles med hormonterapi (HT). HT med østrogen alene anvendes til kvinder, der er hysterektomerede, hvorimod der bør anvendes kombinationsbehandling med østrogen og gestagen til kvinder, der ikke er hysterektomerede. Baggrunden for denne differentiering er en øget risiko for udvikling af endometriehyperplasi eller endometriecancer ved monoterapi med østrogen. Fordelen ved monoterapi med østrogen er en reduceret risiko for udvikling af brystkræft sammenlignet med kombinationsbehandling ved længere tids behandling. Efter subtotal hysterektomi kan det være vanskeligt at afgøre, om der findes endometrievæv i den efterladte livmoderhals - men særligt hos kvinder med cyklisk vaginalblødning efter en subtotal hysterektomi må man mistænke dette og derfor tilråde kombinationsbehandling. Generelle rekommandationer for HT efter subtotal hysterektomi, er derfor vanskelige og der mangler evidens på området. Problemstillingen bør indgå i overvejelserne omkring subtotal frem for total hysterektomi, og kvinderne bør informeres grundigt før indgrebet.

Overvej vaginal hysterektomi frem for konventionel laparoskopisk hysterektomi ved benign sygdom, hvor uterus ikke er prolaberet.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017



Vaginal hysterektomi er fordelagtigt hos kvinder, hvor der ikke er behov for intraabdominal adgang. Vaginal hysterektomi giver et bedre kosmetisk resultat i forhold til laparoskopisk hysterektomi, hvor der ses små ar efter bugvægsadgangene.

Ofte er der i forbindelse med hysterektomi behov for supplerende intraabdominal kirurgi som f.eks. adhærenceløsning eller fjernelse af naboorganer. Den laparoskopiske adgang har her nogle klare fordele, og konventionel laparoskopisk hysterektomi vil derfor i sådanne tilfælde ofte være førstevalg. Den laparoskopiske adgang anvendes også, hvis kvinden ønsker en subtotal hysterektomi.

Anatomiske forhold som en stor livmoder og/eller snævre vaginale pladsforhold kan vanskeliggøre vaginal hysterektomi og gøre at konventionel laparoskopisk hysterektomi er den mest hensigtsmæssige operationsmetode.

Anvend kun robotassisteret laparoskopisk hysterektomi frem for konventionel laparoskopisk hysterektomi til kvinder med benigne sygdomme efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker, og der er dokumenteret længere operationstid.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Anbefalingen gælder for den brede patientgruppe af kvinder der skal have foretaget hysterektomi pga. benign sygdom.

Det er god praksis at undlade morcellering/deling frit i bughulen af en livmoder med fibromer.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Risikoen for spredning af et okkult leiomyosarkom ved morcellering/deling i forbindelse med laparoskopisk og vaginal hysterektomi bør altid afvejes i forhold til den enkelte kvindes risici ved en åben operation. Morcellering/deling af livmoderen er kontraindiceret ved kendt eller formodet malignitet. Morcellering/deling bør kun overvejes efter grundig præoperativ diagnostik og evaluering, hvor der ikke er rejst mistanke om malignitet. Grundig rådgivning af patienter, der er kandidater til hysterektomi med morcellering/deling af livmoderen, er vigtigt. Fordele og ulemper må diskuteres med den enkelte patient, således at patienten aktivt inddrages i beslutningen og kan give informeret samtykke til indgrebet.



Supplerende kirurgiske metoder

Overvej salpingektomi i forbindelse med hysterektomi på benign indikation, hvis det skønnes ikke at øge risikoen for komplikationer væsentligt.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Samtidig salpingektomi er teknisk muligt ved alle de forskellige hysterektomimetoder. Laparoskopisk hysterektomi muliggør en bedre visualisering af salpinges, hvilket pga. anatomiske forhold kan være en fordel ved salpingektomi i forbindelse med hysterektomi. Salpingektomi er dog også muligt ved vaginal hysterektomi og arbejdsgruppen vurderer ikke at man generelt bør foretrække laparoskopisk frem for vaginal hysterektomi pga. anbefalingen om salpingektomi i forbindelse med hysterektomi.

Arbejdsgruppen mener, at man bør afstå fra at gøre samtidig profylaktisk salpingektomi i forbindelse med hysterektomi, hvis det skønnes at øge operationens komplikationsrisiko væsentligt f.eks. ved særligt adhærente forhold.

Overvej at suspendere vaginaltoppen til de kardinale og sakrouterine ligamenter i forbindelse med fjernelse af en ikke-nedsunken livmoder.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Der er beskrevet flere metoder til suspension af vaginaltoppen og mange af metoderne er udviklet særligt med henblik på behandlingen af kvinder med prolaps (nedsunken livmoder). Som profylaktisk suspension ved hysterektomi, hvor prolaps ikke er indikationen, foreslår arbejdsgruppen, at man overvejer at suspendere vaginaltoppen til de kardinale og sakrouterine ligamenter. Med suspension af vaginaltoppen mener arbejdsgruppen, at man identificerer ligamenterne, gennemstikker dem og forankrer dem til vaginaltoppen, når denne lukkes.



Intra operative metoder

Ultralyd og diatermi er skæremetoder som begge kan anvendes til deling af livmoderen fra vaginaltoppen i forbindelse med total laparoskopisk hysterektomi, da der ikke er dokumentation for, at den ene metode er bedre end den anden.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Kirurgen bør uanset metode til deling af livmoderen fra vaginaltoppen forsøge at begrænse graden af termisk skade på vævet.

Transvaginal og laparoskopisk suturering er metoder, som begge kan anvendes til at lukke vaginaltoppen i forbindelse med total laparoskopisk hysterektomi, da der ikke er dokumentation for, at den ene metode er bedre end den anden.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Hos nogle kvinder kan vaginal suturering være vanskeliggjort af snævre vaginale pladsforhold. I sådanne tilfælde vil det ofte være mest hensigtsmæssigt at sy vaginaltoppen laparoskopisk.

Sutur med eller uden modhager kan anvendes i forbindelse med laparoskopisk lukning af vaginaltoppen, da der ikke er fundet klinisk relevante forskelle imellem de to suturtyper.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Ved anvendelse af sutur med modhager er der ikke behov for knudebinding, da modhagerne forankrer sig i vævet og dermed fastholder suturen på sin plads. Ved anvendelse af sutur uden modhager er der behov for knudebinding for at holde suturen på plads. Knudebinding kan gøres ekstrakorporalt, hvor man anvender en knudesliber eller intrakorporalt, hvor knuderne bindes med instrumenterne inde i bughulen, hvilket er mere teknisk krævende.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje om hysterektomi (fjernelse af livmoderen) ved godartet sygdom.

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for denne retningslinje er kirurgisk fjernelse af livmoderen i behandlingen af kvinder med godartet gynækologisk sygdom.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk