



Laparoscopische methode in Nederland weinig toegepast

Het raadsel van de uterusextirpatie

dr. Helen S. Kok,
gynaecoloog, fellow minimaal
invasieve chirurgie

dr. Erica A. Bakkum,
gynaecoloog, voorzitter werkgroep Gynaecologische Endoscopie en minimaal invasieve chirurgie (NVOG)

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis,
Amsterdam

Correspondentieadres:
h.s.kok@olv.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Als wordt besloten om de baarmoeder te verwijderen, gebeurt dat in een Nederlands ziekenhuis doorgaans abdominaal of vaginaal. De laparoscopische methode wint maar moeizaam terrein.

De uterusextirpatie is wereldwijd de meest frequent uitgevoerde grote gynaecologische ingreep. Ongeveer 90 procent van de uterusextirpaties wordt verricht vanwege een goedaardige aandoening zoals een myomatosis uteri en dysfunctioneel bloedverlies.¹⁻³ Bij verschillende indicaties, waaronder prolaps, wordt voor de vaginale uterusextirpatie gekozen, mits de grootte van de uterus en de descensus dat toelaten. De abdominale verwijdering van de baarmoeder

wordt toegepast bij maligniteiten, als er andere pathologie in het kleine bekken aanwezig is – zoals endometriose of adhesies – en bij uteri met onvoldoende descensus of een te groot volume voor vaginale hysterectomie. De laatste twintig jaar is de laparoscopische uterusextirpatie als alternatief in opkomst. In 1989 verrichtte Harry Reich de eerste laparoscopisch geassisteerde vaginale hysterectomie en in 1993 de eerste totale laparoscopische hysterectomie.⁴

Studies naar kwaliteit van leven, kosten en complicaties pleiten voor laparoscopisch opereren.

beeld: RosaMedia

Niet alleen internationaal varieert de frequentie en de wijze waarop de baarmoeder wordt verwijderd, maar ook op nationaal niveau en zelfs tussen specialisten in eenzelfde vakgroep. De keuze voor een bepaalde chirurgische techniek blijkt individueel bepaald te zijn. Iedere gynaecoloog hanteert andere indicaties om voor een bepaalde aanpak te kiezen, afhankelijk van zijn eigen vaardigheden en van patiënt-karakteristieken zoals grootte van de uterus, descensus uteri, extra-uteriene pelviene pathologie, eerdere pelviene chirurgie, obesitas, nullipariteit en de noodzaak voor adnexextirpatie. Het opleidingsverleden en de vaardigheden van de operateur zijn hierbij doorslaggevend.

De verschuiving van operatietechniek van open naar minimaal invasief verloopt in Nederland relatief langzaam, hoewel studies naar kwaliteit van leven, complicaties en kosten pleiten voor laparoscopi-

pisch opereren. Daarom hebben we onderzoek gedaan naar veronderstelde voor- en nadelen zoals complicaties, contra-indicaties, kosten en leercurve.

Geëigende keuze

In 2002 werd in een meta-analyse onderzocht of bij goedaardige gynaecologische pathologie de voordelen van laparoscopisch opereren vergeleken met laparotomisch opereren opwegen tegen potentiële nadelen zoals een verondersteld hoger complicatierisico.⁵ Deze studie bracht geen verschil in ernstige complicaties aan het licht en een significant lager risico op kleine complicaties bij laparoscopische chirurgie. Andere studies maken duidelijk dat obesitas, maligniteit of cardiale risicofactoren geen contra-indicatie voor laparoscopische chi-

rurgie meer vormen.⁶⁻¹² Laparoscopie is indien mogelijk dus de meest geëigende keuze.

In een Cochrane-review werden de drie methoden van uterusextirpatie met elkaar vergeleken.¹³ De baarmoeder werd vanwege een goedaardige aandoening verwijderd en de primaire uitkomstmaten waren het hervatten van dagelijkse activiteiten, intraoperatieve viscerale laesies, grote complicaties op lange termijn, satisfactie en kwaliteit van leven, operatieduur, intraoperatieve complicaties anders dan viscerale laesies, opnameduur en kortetermijnuitskomsten zoals postoperatieve pijn. De vaginale hysterectomie had een gelijke of significant betere uitkomst op alle uitkomstmaten dan de abdominale hysterectomie. De vaginale hysterectomie heeft – indien het technisch mogelijk is – dan ook de voorkeur boven de abdominale methode.

De laparoscopische techniek heeft statistisch significante voordelen ten opzichte van de abdominale route: snellere hervatting van dagelijkse activiteiten, minder postoperatieve pijn, minder wond- of buikwandinfecties, minder koorts of niet-gespecificeerde infecties, minder daling in hemoglobinegehalte, minder opnamedagen en een betere kwaliteit van leven zes weken en vier maanden na operatie. De laparoscopische extirpatie gaat wel gepaard met een hoger aantal laesies aan de urinewegen en een langere operatieduur (gemiddeld verschil 22,7 minuten).¹³

Leercurve-effect

Het complicatierisico lijkt samen te hangen met een leercurve-effect. In een grote gerandomiseerde studie tussen abdominale en laparoscopische hysterectomie waarin de operateurs beide ingrepen minstens 25 maal hadden uitgevoerd, werd een hoger risico op urinewegletsel gevonden in de laparoscopische arm, terwijl in studies waarin werd gekeken naar het leereffect op het complicatierisico bij laparoscopische hysterectomie juist een zeer klein risico op urinewegletsel (of andere ernstige complicaties) werd gezien bij ervaren operateurs.¹⁴⁻¹⁷ In Nederland werd een gerandomiseerde studie verricht tussen abdominale en laparoscopische verwijdering van de baarmoeder met als eindpunt kwaliteit van leven op de lange termijn. Er werd gebruikgemaakt van een gevalideerde vragenlijst (RAND-36). In 2007 werden de eerste resultaten gepubliceerd na een follow-up van twaalf weken. In de laparoscopiegroep werd significant beter gescoord op de uitkomstmaat vitaliteit. Op alle andere maten waren er geen statistisch significante verschillen.¹⁸ Onlangs

De verschuiving van open naar minimaal invasief verloopt hier langzaam

Een minimaal invasieve uterusextirpatie is patiëntvriendelijker dan de beschikbare alternatieven, terwijl het met de kosten wel meevalt. In Mctv uitgelicht verbaast gynaecoloog Helen Kok zich erover dat deze ingreep nog steeds niet overal beschikbaar is.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht

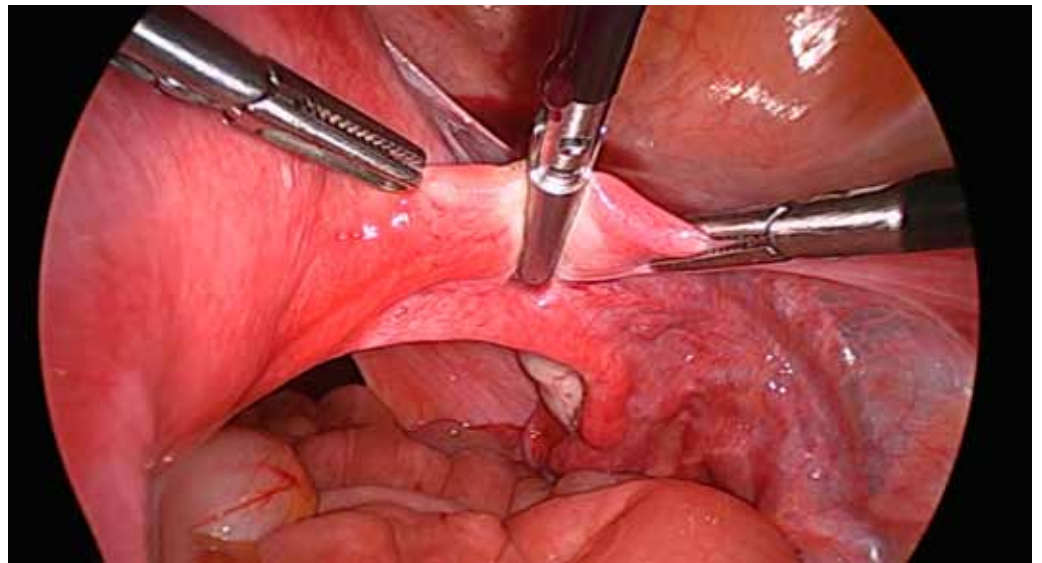


00:00



Opnamen van een laparoscopische uterusextirpatie.

beeld: OLVG



zijn de follow-upgegevens na gemiddeld 4,7 jaar (3,6-5,8 jr) gepresenteerd. De respons was 83 procent (49/59); na deze termijn scoorde de laparoscopische hysterectomie significant beter op de maten vitaliteit, pijn, sociaal functioneren en fysiek functioneren.¹⁹

Kosteneffectiviteit

In een systematische review van twaalf gecontroleerde trials zijn de kosten van abdominale en laparoscopische uterusextirpaties vergeleken.⁷ Van de laparoscopische procedure zijn de directe kosten (zoals procedurekosten) hoger en de indirecte kosten (zoals opnameduur) lager dan van de open procedure. In totaal waren de kosten voor laparoscopische hysterectomie 6 procent hoger dan voor de abdominale hysterectomie. In deze review was het percentage complicaties hoger bij de abdominale hysterectomie (15,3% versus 21,7%).

De kosten van abdominale en laparoscopische verwijdering van de baarmoeder vanwege goedaardige aandoeningen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam in 2009 zijn eveneens geëvalueerd. De vaginale hysterectomieën zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

De totale kosten voor een abdominale uterus-extirpatie waren gemiddeld 3016,81 euro tegenover 3193,81 euro voor de laparoscopische uterusextirpatie. Dit verschil in kosten (177 euro) is verwaarloosbaar, zeker in het licht van de voordelen die eerder genoemd zijn. In een breder perspectief, als bijvoorbeeld ook de kos-

ten voor arbeidsverzuim van de vrouw worden betrokken, valt deze vergelijking zeker gunstiger uit voor de laparoscopische hysterectomie.

Meester en gezel

Complexe laparoscopische chirurgie behoort niet tot de eindtermen van de opleiding tot gynaecoloog.²⁰ Of een aios met dergelijke endoscopische chirurgie in aanraking komt, hangt momenteel af van het aanbod in de kliniek waar hij wordt opgeleid. Opleiding en training voor ingrepen met deze moeilijkheidsgraad vinden doorgaans na de specialistische opleiding plaats aan de hand van het meester-gezelprincipe. Een ervaren laparoscopist, de mentor, begeleidt de beginnende laparoscopist, de trainee, bij indicatiestelling, de kennismaking met de apparatuur en het eigen maken van de procedure tot de leercurve doorlopen is. Volgens een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ligt tot nu toe de verantwoordelijkheid voor het inzetten van aantoonbaar bekwame laparoscopische operateurs bij de gynaecoloog zelf en bij de raad van bestuur van het betreffende ziekenhuis.²¹ Het bijhouden van een portfolio lijkt hierbij een vereiste.

Invoering

Inmiddels is de indicatiestelling voor de laparoscopische hysterectomie duidelijk en is het indicatiegebied breder dan aanvankelijk bij de introductie van de techniek gedacht werd. De invoering van laparoscopische verwijdering van de baarmoeder in Nederland (en ook in België) verloopt langzaam, zeker in vergelijking met de invoering van minder complexe therapeutische laparoscopische gynaecologische chirur-

**Centralisatie of
volume-uitbreiding
per kliniek is nodig**

Zelfreflectie

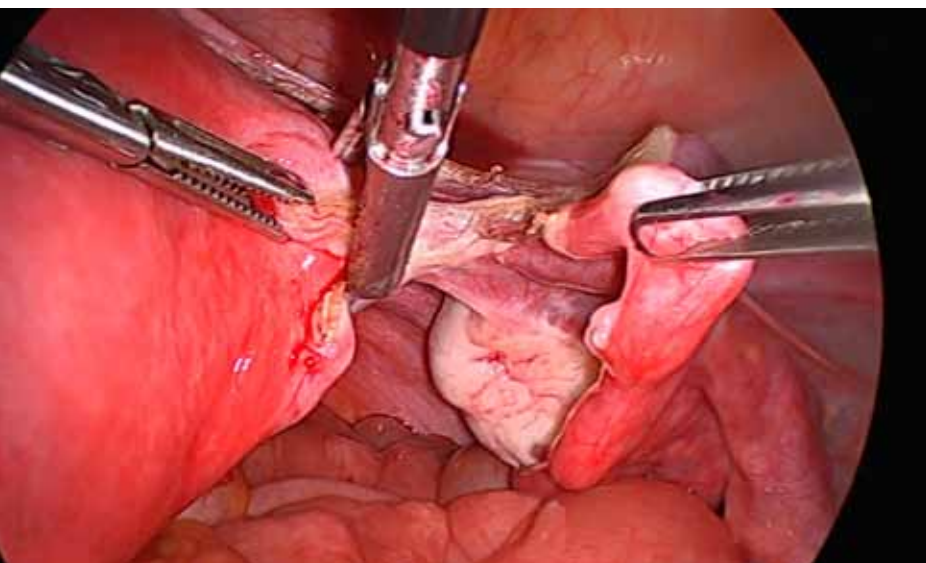
Er stonden bijna tienduizend mensen op het malieveld afgelopen woensdag. Als dat geen teken van solidariteit in de ggz is? Blijkbaar kunnen we op meer dan één manier voor onze patiënten zorgen. Dat is mooi.

Maar dit teken van saamhorigheid laat onverlet dat we in de psychiatrie en ggz eens goed moeten nadenken over hoe het komt dat we daar überhaupt moesten staan. Anders gezegd, waarom worden onze patiënten, en wijzelf, niet serieus genomen? Zou dit een gevolg zijn van het feit dat we zelf alles hebben gedaan om de psychiatrie 'gewoon' te maken? Zoals het feit dat de ggz zijn patiënten steevast cliënten noemt? Of omdat een depressie gereduceerd wordt tot een burn-out, een aandoening die ondanks zijn misleidende Engelse naam nergens anders op de wereld voorkomt dan in ons land (althans in die benaming)? Of omdat de psychiatrie soms nog steeds buiten zijn oevers treedt? Het zou kortzichtig zijn als we de voorstellen van VWS – hoe verwerpelijk en onrechtvaardig ze ook zijn – niet zouden opvatten als signaal, een waarschuwing, een *wake-up call* voor de psychiatrie. Blijkbaar zien we onszelf anders dan een groot deel van de politici en hun achterban en dat is zorgelijk, want zij maken de wetten en bepalen (voor een deel) het speelveld.

Als we de solidariteit van het Malieveld willen en kunnen gebruiken als fundament voor een grondige zelfreflectie, dan winnen we nog meer dan we al hebben gedaan door daar eenvoudigweg te staan.

René Kahn,
psychiater

/veldwerk



SAMENVATTING

- Sinds twee decennia kan de uterusextirpatie laparoscopisch worden verricht.
- Deze minimaal invasieve ingreep is een patiëntvriendelijk en kosteneffectief alternatief voor de abdominale uterusextirpatie.
- Om onduidelijke redenen wint de laparoscopische verwijdering van de baarmoeder in Nederland maar langzaam terrein.

gie. Twijnstra e.a. hebben laten zien dat in 70 procent van de Nederlandse ziekenhuizen in 2007 laparoscopische uterusextirpaties werden verricht.²² Voor deze studie verstrekten 80 ziekenhuizen operatiegegevens. Opvallend was dat in 20 procent van de ziekenhuizen die deze ingreep verrichtten, bijna 50 procent van het totale aantal laparoscopische uterusextirpaties werd uitgevoerd. En in 50 procent van de ziekenhuizen werden 20 procent van alle ingrepen uitgevoerd: weinigen doen veel en velen doen weinig; een ongewenste situatie met het oog op het behoud van bekwaamheid en dus van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Bekwaamheid bijhouden

De laparoscopische uterusextirpatie is in geïndiceerde gevallen een patiëntvriendelijk en kosteneffectief alternatief voor de abdominale uterusextirpatie. Momenteel worden gynaecologen door middel van een mentor-traineeschap of een fellowship getraind in deze ingreep en andere complexe endoscopische gynaecologische chirurgie. Na afronding van de training zijn geen eisen geregistreerd die moeten leiden tot behoud van bekwaamheid, behoudens het bijhouden van een portfolio. Het trage beloop van de implementatie van de laparoscopische uterusextirpatie betekent dat patiënten met een indicatie niet overal voor deze ingreep kunnen kiezen. Tevens moet voor patiënten, gezien de complexiteit, de leercurve en het onderhouden van vaardigheden in relatie met complicaties, duidelijk zijn of de operateur ervaren is. Centralisatie en dus doorverwijzen óf volume-uitbreiding per kliniek door striktere handhaving van de indicatiestelling is noodzakelijk. 



De voetnoten vindt u onder dit artikel op onze website www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330 (7506): 1478.
2. Reich H. Total laparoscopic hysterectomy: indications, techniques and outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19 (4): 337-44.
3. Garry R. The future of hysterectomy. *BJOG* 2005; 112 (2): 133-9.
4. Reich H, Decaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecol Surg* 1989; 70 (3): 213-6.
5. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Breart G, Dubuisson JB. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Hum Reprod* 2002; 17 (5): 1334-42.
6. Albqami N, Janetschek G. Indications and contraindications for the use of laparoscopic surgery for renal cell carcinoma. *Nat Clin Pract Urol* 2006; 3 (1): 32-7.
7. Bijen CB, Vermeulen KM, Mourits MJ, de Bock GH. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One* 2009; 4 (10): e7340.
8. Dumont L, Mattys M, Mardirosoff C, Vervloesem N, Alle JL, Massaut J. Changes in pulmonary mechanics during laparoscopic gastropasty in morbidly obese patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41 (3): 408-13.
9. Dumont L, Mattys M, Mardirosoff C, Picard V, Alle JL, Massaut J. Hemodynamic changes during laparoscopic gastropasty in morbidly obese patients. *Obes Surg* 1997; 7 (4): 326-31.
10. Kalogjannidis I, Lambrechts S, Amant F, Neven P, Van GT, Vergote I. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal hysterectomy in clinical stage I endometrial cancer: safety, recurrence, and long-term outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196 (3): 248.
11. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *The Lancet* 2002; 359 (9325): 2224-9.
12. Poindexter AN, Ritter M, Fahim A, Humphrey H. Trocar introduction performed during laparoscopy of the obese patient. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165 (1): 57-9.
13. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD003677.
14. Garry R, Fountain J, Mason S et al. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004; 328 (7432): 129.
15. Brummer TH, Seppala TT, Harkki PS. National learning curve for laparoscopic hysterectomy and trends in hysterectomy in Finland 2000-2005. *Hum Reprod* 2008; 23 (4): 840-5.
16. Donnez O, Donnez J. A series of 400 laparoscopic hysterectomies for benign disease: a single centre, single surgeon prospective study of complications confirming previous retrospective study. *BJOG* 2010; 117 (6): 752-5.
17. Wattiez A, Soriano D, Fiaccavento A et al. Total laparoscopic hysterectomy for very enlarged uteri. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9 (2): 125-30.
18. Kluivers KB, Hendriks JC, Mol BW et al. Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14 (2): 145-52.
19. Nieboer TE, Hendriks JC, Bongers MY, Vierhout ME, Kluivers KB. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial with 4 years follow-up. 2011. Unpublished Work
20. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Curriculum opleiding tot gynaecoloog: Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie. 2005. Online Source
21. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat, kwaliteitssysteem voor laparoscopische operaties ontbreekt. 2007.
21. Twijnstra AR, Kolkman W, Trimbo-Kemper GC, Jansen FW. Implementation of advanced laparoscopic surgery in gynecology: national overview of trends. *J Minim Invasive Gynecol* 2010; 17 (4): 487-92.