

VEM SKALL OPERERA TYREOIDEA?

I vårt land, liksom i övriga nordiska länder, har i många år en diskussion förts om tyreoidakirurgins organisation. Debatten, som har pågått framför allt mellan kirurger och öronläkare, har på nytt aktualiserats genom att sjukvården ställts inför allt hårdare krav på strukturomvandling och kvalitetskontroll.

Ett annat skäl att åter ta upp frågan är den kunskaps- och forskningsutveckling som skett på tyreoidasjukdomarnas område. Nya rön har bl a visat att specifika markörer effektivt kan utnyttjas i den prognostiska bedömningen av tyreotoxikos (Graves' sjukdom), och att molekyलगenetiska metoder kan användas för att identifiera anlagsbärare till syndromet multipel endokrin neoplasia typ 2 (MEN 2), där medullär tyreoidacancer kan ingå som del.

Riktlinjer i Danmark

I Danmark har man tagit konsekvenserna av de nya krav som ställts på tyreoidakirurgin, och Dansk kirurgisk selskab utarbetade redan 1991, i samarbete med vetenskapliga föreningar, riktlinjer för tyreoidakirurgins organisation i syfte att förbättra behandlingen och nedbringa komplikationerna. I dessa riktlinjer påpekas behovet av en större koncentration av tyreoidakirurgin; framför allt framförs krav på att den förväntat komplicerade kirurgin centraliseras till specialkliniker.

Inte minst har det danska systemet visat att patienter med sköldkörtelcancer primärt bör omhändertas på kliniker med erfarenhet av sådan kirurgi. Specialklinikerna utgörs av »huvud-halsavdelningar» vid landets fem onkologiska centra och endokrinkirurgiska enheter, lokaliserade till universitets- och regionssjukhus.

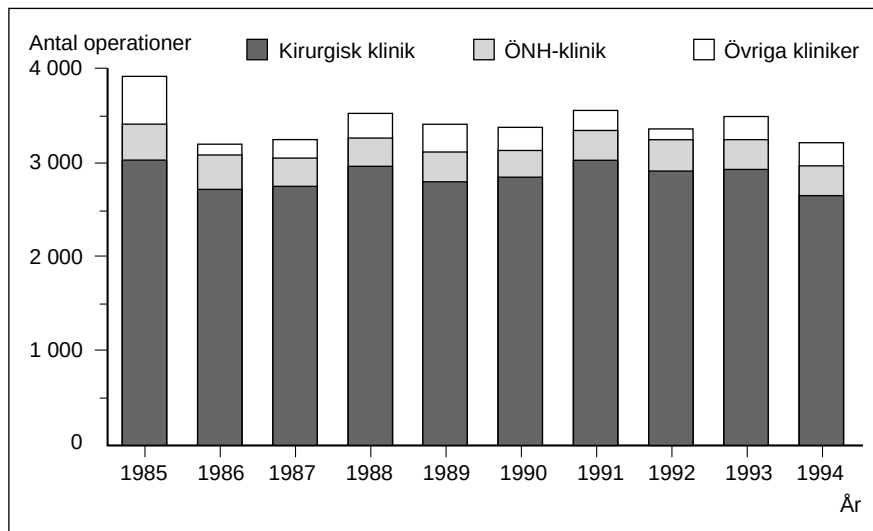
Författare

BERTIL HAMBERGER

professor, kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

HENRY JOHANSSON

professor, kirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.



Figur 1. Tyreoidaoperationer i Sverige 1985–1994.

Situationen i Sverige

I vårt land utförs, enligt Socialstyrelsens slutenvårdsregister från tiden 1985–1994, i medeltal 3 400 tyreoidaoperationer per år. Dessa siffror har varit ganska konstanta genom åren (Figur 1). Drygt 75 procent av operationerna görs på region- och länsjukhus, drygt 20 procent på länsdelssjukhus, en fördelning som varit tämligen likartad genom åren. Omkring 82 procent av operationerna utförs på kirurgiska kliniker, medan resten fördelar sig lika mellan öron-, näs- och hals(ÖNH)-kliniker (9 procent) och s k övriga kliniker (9 procent). Även denna fördelning har genom åren varit förvånansvärt konstant.

Vad gäller operationstyper svarar hemityreoidektomi för 40–50 procent av ingreppen, en siffra som gäller för såväl region-länsjukhus och länsdelssjukhus som kirurgiska kliniker och ÖNH-kliniker. Dubbelsidiga resektioner görs procentuellt i lika stor utsträckning på länsdelssjukhus som på region-länsjukhus. Däremot är det relativa antalet dubbelsidiga resektioner betydligt mindre på ÖNH-kliniker (liksom på s k övriga kliniker) än på kirurgiska kliniker. På ÖNH-klinikerna motsvarar dessa ingrepp ca 4–5 procent av den totala volymen, medan den utgör omkring 20 procent av kirurgiklinikernas verksamhet.

Total tyreoidektomi, som oftast ut-

förs på grund av cancer (ca 370 fall per år), görs i större utsträckning på region-länsjukhus än på länsdelssjukhus. Den totala tyreoidektomins relativa andel är dock lika stor på ÖNH-kliniker som på kirurgkliniker, och motsvarar ca 7–9 procent genom åren.

Intensiv utveckling inom endokrinkirurgin

Vid jämförelse mellan kirurg- och ÖNH-kliniker är det uppenbart att den bilaterala tyreoidakirurgin i stor utsträckning är koncentrerad till kirurgkliniker, vilket får tolkas som att den kirurgiska behandlingen av hypertyreos (Graves' sjukdom) huvudsakligen ges på kirurgklinikerna. Däremot tycks ÖNH-klinikerna utföra en relativt sett större andel av operationerna för tyreoidacancer: att döma av uppgifter från PAD-journaler görs ungefär 20 procent av cancerkirurgin på ÖNH-kliniker.

Motiven bakom kirurgins subspecialisering är många. Profileringen av endokrinkirurgin har framtvungits av den snabba utveckling som skett på området, där moderna teknologier – främst inom biokemi, immunologi, molekyलगenetik och molekyलगenologi – i allt större utsträckning har kommit att utnyttjas i den kliniska diagnostiken. Samtidigt har de radiologiska metoder-

na för diagnostik förfinats och ställt krav på stora kunskaper om avancerade behandlingsformer i den endokrinkirurgiska verksamheten. Behandlingsmetoderna är företrädesvis operativa, men ingående kännedom om olika former av läkemedelsbehandling, innefattande även cytostatikaterapi, är nödvändig.

Sedan början av 1970-talet har den endokrina kirurgin utvecklats intensivt såväl operativt och tekniskt som forskningsmässigt. Inom Nordisk kirurgisk förening finns sedan 1972 en sektion för endokrin kirurgi, och under senare år har nationella endokrinkirurgiska föreningar bildats över hela världen. Sedan 1995 finns inom Svensk kirurgisk förening en särskild sektion för endokrin kirurgi. Ämnet har för närvarande två professurer. På det internationella planet finns sedan 1979 International Association of Endocrine Surgeons (IAES).

Skall flera specialiteter utföra halskirurgi?

Majoriteten av tyreoidaekirurgin görs således av kirurger, medan ca 10 procent utförs på ÖNH-kliniker. Från kvalitetssynpunkt måste man fråga sig om flera specialiteter skall bedriva halskirurgi. Då sjukdomar i tyreoida kvantitativt upptar den största delen av endokrinkirurgin kan det tyckas naturligt att tyreoidaekirurgin omhändertas och handläggs av kirurger. Alla universitetssjukhus har enheter för endokrin kirurgi, där utbildning och forskning bedrivs. En minoritet av öronklinikerna har tyreoidacancerkirurgi som en del av sin övriga halscancerkirurgi, medan majoriteten av öronklinikerna inte alls bedriver vare sig sjukvård, utbildning, forskning eller utveckling inom tyreoidasjukdomarnas område.

Även om den tyreoidaekirurgi som bedrivs inom öronspecialiteten är av hög kvalitet, kan det knappast vara rationellt att två specialiteter delar på ut-

bildningsmaterialet för tyreoidaekirurgi. I länder som, i likhet med USA, har starka personliga incitament för att »läkarna skall operera allt» är denna typ av rationella lösningar svår genomförbara, men i vårt land finns inga sådana hinder.

Även diskussionen om vilken allmänkirurg som skall göra endokrinkirurgi bör aktualiseras. Idag görs halskirurgi på alla kirurgiska kliniker. Det är rimligt att den stora volymen av hemityreoidektomier, ofta på misstanke om tumör, och resektioner för struma kan göras vid många enheter, dock under förutsättning att operationerna utförs av välutbildade doktorer och att antalet ingrepp blir tillräckligt stort för att tillåta en meningsfull uppföljning; 20 halsoperationer per år och kirurg är ett minimum, medan enstaka halsoperationer per kirurg och år måste anses olämpligt.

Ojämn kvalitet på preoperativ diagnostik

Den preoperativa diagnostiken vid tyreoidasjukdom är väsentlig, och kräver samtidigt att finnålscytologin håller god kvalitet. Tyvärr är situationen därvidlag relativt ojämn över Sverige, och man kan utgå ifrån att ett antal onödiga tyreoidaoperationer görs på grund av att den preoperativa utredningen inte blivit optimal. Om en preoperativ utredning samlas till färre personer finns förutsättningar för att höja kvalitetsnivån och därmed få enhetliga, strikta indikationer. Detta kommer att leda till färre operationer, bättre resultat och bättre ekonomi.

I linje med detta ligger också att den avancerade tyreoidaekirurgin bör handläggas på kirurgkliniker med erfarenhet av sådan verksamhet. Till den typen av kirurgi hör flertalet operationer av tyreoidacancer, inte minst reoperationer.

Komplikationerna måste hållas nere

Ett oavvisligt krav i tyreoidaekirurgi för att nå goda behandlingsresultat är att komplikationsfrekvensen hålls på en acceptabel nivå. Artikel i detta nummer av Läkartidningen om den kirurgiska behandlingen av Graves' sjukdom visar att recurrens-skadorna i internationellt redovisade större material av vuxna från den senaste tjugooårsperioden varierar mellan 0 och 4,5 procent och postoperativ hypoparatyreoidism mellan 0 och 2,9 procent. I flertalet arbeten ligger komplikationsfrekvensen under 1 procent vad avser både nervskada och postoperativ hypokalcemi. De nationella studier som ingår i samma re-

dovisning från kirurgkliniker med endokrinkirurgi som specialitet bekräftar att komplikationsfrekvensen kan hållas på en mycket låg nivå.

Av artikeln framgår också att den kirurgiska behandlingen av barn med Graves' hypertyreos, som tekniskt måste anses vara svårare, kan genomföras utan ökad komplikationsfrekvens.

På få områden inom medicinen bedrivs en så intensiv grundvetenskaplig och klinisk forskning som inom endokrinologin. Forskningsresultaten kan förväntas påverka såväl diagnostik som indikationer för och behandling av olika endokrina sjukdomar. Detta gäller i hög grad även för tyreoida.

Kirurgin kommer säkerligen att även i framtiden ha en betydande roll i behandlingen av olika tyreoidaåkommor. En fortsatt strukturering av tyreoidaekirurgin är därför nödvändig för att kvaliteten inte bara skall bibehållas utan även förbättras. För detta krävs att tyreoidaekirurgin görs av personer med god kirurgisk utbildning och breda kunskaper på endokrinologins område. •

Se även artikeln på sidan 2077 i detta nummer.

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!