

Vil den nye grenspesialiteten i bryst- og endokrinkirurgi bidra til å utjevne fylkesvise forskjeller i operasjonsfrekvens?

Endokrinkirurgi i endring

Endokrine sykdommer og svulster som er aktuelle for kirurgisk behandling avsløres i økende grad mens de er asymptomatiske (subkliniske). Indikasjonen for kirurgi kan dermed være usikker. Ulike syn på nytten av kirurgisk behandling ved lettgradig primær hyperparatyroidisme kan således være en av årsakene til de store fylkesvise forskjellene i operasjonsfrekvens som Haakon Lindekleiv & Jan Due rapporterer i dette nummeret av Tidsskriftet (1). Tallene er tankevekkende. Fra 1999 til 2005 steg antall operasjoner for hyperparatyroidisme i Norge med 58 %, og antall sykehus som utførte slike operasjoner sank fra 29 til 19. Likevel varierte den årlige operasjonsfrekvensen fra 19 per 100 000 innbyggere i Vestfold til færre enn fire per 100 000 innbyggere i flere fylker. Bare åtte av 19 sykehus utførte flere enn 20 slike operasjoner per år, og kun to sykehus flere enn 50.

Ved å undersøke for primær hyperparatyroidisme vil mange bli diagnostisert med sykdommen, både med og uten symptomer (1, 2). De svært lave operasjonstallene i noen fylker tyder på at primær hyperparatyroidisme er underdiagnostisert, mens det i andre fylker er en langt mer aktiv holdning for diagnostikk og behandling. Pasienter under 50 år med primær hyperparatyroidisme bør anbefales kirurgisk behandling, mens det er ulike oppfatninger om hvor stor nytte pasienter over 50 år med lettgradig, stabil primær hyperparatyroidisme uten komplikasjoner vil ha av kirurgi (2). Preliminære resultater fra en skandinavisk studie med randomisering av asymptomatiske pasienter til enten kirurgi eller observasjon viser ingen signifikant forskjell mellom gruppene etter 1–2 års oppfølging (2). Begge gruppene hadde signifikant lavere livskvalitet og mer psykiske symptomer enn en kontrollgruppe uten hyperparatyroidisme (2). Resultater fra ikke-randomiserte, komparative studier tilsier en relativt lav terskel for kirurgi. I Sverige utføres ca. 1 400 operasjoner for hyperparatyroidisme hvert år (A. Bergenfelz, personlig meddelelse), noe som kan tyde på at det opereres for få pasienter i Norge.

Moderne lokaliseringmetoder for hyperfungerende, forstørrede parathyreoideakjertler og peroperativ måling av parathormon i serum har muliggjort bruk av minimal invasiv kirurgi av adenomer i parathyreoidea. I dette nummeret av Tidsskriftet presenterer Lindekleiv og medarbeidere sine erfaringer med denne teknikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (3). Metoden krever lang erfaring fra åpne inngrep, og komplikasjonsfrekvensen er som ved åpne operasjoner. Den gir gode muligheter for individuell tilpasning, men indikasjonene må ikke av denne grunn utvides.

I en tredje endokrinkirurgisk artikkel gir Heck og medarbeidere en grundig oversikt over utredning og behandling av store struma (4). De diskuterer bl.a. utfordringer knyttet til små, symptomløse knuter i glandula thyreoidea som påvises tilfeldig ved bildeundersøkelser av halsregionen. Slike knutete strukturer kan påvises ved ultrasonografi hos nær halvparten av den voksne befolkning, og videre utredning med ultralydedet finnålsbiopsi bør bare gjøres dersom bildekaraktéristika gir mistanke om malignitet og hos personer med forhøyet risiko for thyreoideakreft. Det er nylig utarbeidet norske retningslinjer for diagnostikk av thyreoideasvulster (5).

Utredning av tilfeldige bildefunn vil kunne avsløre mikrokarsinomer (diameter < 1 cm), som generelt har liten klinisk betydning,

men som ofte fører til operasjon fordi det ikke finnes metoder for å avklare biologisk aggressivitet. Påvisning av slike mikrokarsinomer er antakelig noe av årsaken til at insidens og antall operasjoner for thyreoideakreft er stigende (6). Pasienter som trenger operasjon for maligne, malignitetssuspekterte eller symptomgivende benigne thyreoideasvulster bør tas hånd om i sykehus som har tilstrekkelig operasjonsvolum og erfaring. Ifølge Norsk pasientregister utføres det om lag 1 300 thyreoideaoperasjoner per år i Norge. Dette er, relativt sett, flere enn i Sverige (A. Bergenfelz, personlig meddelelse).

De her skisserte utfordringene – sammen med tilsvarende utfordringer knyttet til brystkreftkirurgi – er sentrale arbeidsoppgaver for den nye grenspesialiteten i bryst- og endokrinkirurgi. Grenspesialiteten vil få definerte krav til kunnskap om endokrine svulster og sykdommer som grunnlag for samarbeid med andre spesialiteter, men skal operativt konsentrere seg om thyreoidea og parathyreoidea. Et spesialisert fagmiljø vil gjøre det lettere å utjevne de store regionale forskjellene i diagnostikk og behandling (1). Fagmiljøene bør registrere operasjoner og resultater for å sikre høy kvalitet og gode data for forskning. Norge bør slutte seg til det skandinaviske kvalitetsregisteret som er opprettet på dette området (7).

Endringer innen endokrinkirurgien skyldes blant annet stadig mer sensitiv diagnostikk. For å utnytte de store mulighetene dette gir for tidlig og effektiv behandling og samtidig unngå overdiagnostisering og overbehandling, trengs det nye og mer spesifikke metoder som grunnlag for prognostiske vurderinger. Sannsynligvis vil denne type kunnskap komme ved kombinasjon av genekspresjonsmønstre og kliniske observasjoner om forløp og terapierespons (8). Her trengs både nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Jan Erik Varhaug
jan.erik.varhaug@kir.uib.no

Jan Erik Varhaug (f. 1942) er overlege ved Seksjon for mamma- og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus og professor ved Institutt for kirurgiske fag, Universitetet i Bergen. Han er leder av spesialitetskomiteen for den nye grenspesialiteten i bryst- og endokrinkirurgi.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lindekleiv H, Due J. Parathyreoideakirurgi i Norge 1999–2005. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1181–4.
2. Bollerslev J, Jansson S, Mollerup C et al. Medical observation, compared with parathyroidectomy, for asymptomatic primary hyperparathyroidism: a prospective, randomized trial. J Clin Endocrinol Metab 2007. E-publisert 6.2.2007.
3. Lindekleiv H, Due J, Thuy L et al. Minimal invasiv kirurgisk behandling av primær hyperparatyroidisme. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1204–6.
4. Heck A, Cappelen T, Følling I. Store struma – utredning og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1196–200.
5. Nasjonale retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av differensiert cancer thyreoidea. www.kreftforeningen.no (16.4.2007).
6. Leenhardt L, Grosclaude P, Cherie-Challine L et al. Increased incidence of thyroid carcinoma in France: a true epidemic or thyroid nodule management effects? Report from the French thyroid cancer committee. Thyroid 2004; 14: 1056–60.
7. Scandinavian quality register for thyroid and parathyroid surgery. www.thyroid-parathyroidsurgery.com (16.4.2007).
8. Rosen JE, Stone MD. Contemporary diagnostic approach to the thyroid nodule. J Surg Oncol 2006; 94: 649–61.