

Att använda kirurgiskt nät är det bästa behandlingsalternativet hos patienter med recidiverande rektocele

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN MARS 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare:

Emil Nüssler, doktorand

Mats Löfgren, docent

Institutionen för klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet



Sammanfattning

Introduktion

Målet med studien var att jämföra operationsresultaten vid operation av recidiverande rektocele, med respektive utan användning av icke resorberbart nätimplantat.

Material och metod

Studien är baserad på prospektivt insamlade data från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp). Grundmaterialet inkluderade alla patienter som opererades för slidframfall fr.o.m. 1 januari 2006 t.o.m. 30 oktober 2016. I studien inkluderades endast friska patienter som enbart opererats för recidiverande rektocele, med eller utan användning av icke resorberbart kirurgiskt nät. Det resulterade i en studiegrupp på 626 patienter, varav 433 var opererade med vanlig kolporafi, och 193 var opererade med användning av ett icke resorberbart, kirurgiskt nät. Uppföljningen av patienter var upp till ett år efter operationen.

Resultat

Andelen patienter botade efter 1 år var högre hos patientgruppen med nät, med en oddskvot (OR) på 2.06 (95% CI 1.03-4.35), vilket motsvarar ett "number needed to treat" (NNT) på 9.7. Patientnöjdhet, OR=2.38 (1.2-4.97), upplevd förbättring av symptom, OR 2.13 (1.02-3.82), var också högre i gruppen som hade blivit opererad med nät. Frekvensen av lindriga komplikationer rapporterade av kirurgen var högre i nätgruppen, OR=2.74 (1.51-5.01), trots en högre grad av patientnöjdhet.

Patientrapporterade komplikationer, såsom kvarstående smärta i ljumsken och frekvens av reoperation, var densamma i båda grupperna.

Konklusion

Användning av kirurgiskt nät för patienter med isolerad, recidiverande bakre slidväggsprolaps, ökar botningsgraden 1 år efter operationen. Nät är dessutom associerat med en högre grad av patientnöjdhet och patientrapporterad grad av förbättring av framfallsymptom ett år efter operationen. Patientrapporterad grad av postoperativ komplikation upp till ett år efter operationen var densamma för båda metoderna.

Fördelarna med användning av icke resorberbart nät överväger klart jämfört med de mycket få nackdelar (lindriga komplikationer rapporterade av läkare) som ses vid denna typ av operation.

Att använda kirurgiskt nät är det bästa behandlingsalternativet hos patienter med recidiverande framfall av den bakre slidväggen.

Introduktion

Pelvin organprolaps (POP) är vanligt förekommande och kvinnor har en 12-19% livstidsrisk för att genomgå en operation för POP [1,2]. En hög återfallsrisk förknippas med standardbehandlingen för POP [3,4], varför kirurgiska nät har introducerats i ett försök att förbättra de operativa resultaten.

I litteraturen finns få studier om behandlingen av isolerade POP-områden (såsom isolerad framvägg, bakvägg eller vaginaltopp). Studierna inkluderar blandade patienter, antingen med prolaps i olika områden, flera samtidiga prolaps typer och/eller en blandning av patienter med primär eller recidiverande prolaps. Ofta är operationerna kombinerade med annan, samtidig operation, t ex. inkontinensoperation [3].

För att belysa för- och nackdelar med användningen av kirurgiska nät vid olika typer av framfall, har data ur Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) använts för en rad publikationer med stränga inklusionskrav avseende primärt cystocele [5], primärt rektocel [6] respektive recidiverande cystocele [7].

Denna rapport behandlar patientrapporterade resultat och medicinska komplikationer efter användning av kirurgiska nät jämfört med vanlig kolporafi pga ett isolerat, recidiverande rektocel. Resultaten sammanfattas från alla fyra grupperna för användning som kliniska riktlinjer.

Material och metod

Detta är en registerbaserad studie som enbart innehåller data från patienter behandlade för recidiverande rektocel mellan 1 januari 2006 och 30 oktober 2016. Data samlades in prospektivt via GynOp, och tillvägagångssättet är mycket likt de publikationer som tidigare har gjorts på andra specifika slidväggsprolaps där registerdata från GynOp har använts [5-7].

Inklusionsgraden i GynOp matchar Socialstyrelsens patientregister, där alla kirurgiska ingrepp i Sverige skall registreras enligt lag. Alla patienter inkluderade i studien blev opererade med antingen vanlig kolporafi utan nät eller med användning av icke resorberbart, kirurgisk nät.

Uteslutande friska patienter (ASA-klassifikationsgrupp 1 eller 2), opererade enbart för recidiverande rektocel inkluderades i studien. Patienter exkluderades om de hade slidväggsprolaps i andra vaginalområden eller genomgick samtidig operation av något slag (inklusive inkontinensprocedurer). Operationer där det använts resorberbart nät exkluderades.

Alla patienter följdes upp i GynOp från att operationen planerades upp till ett år postoperativt. Peroperativa data registrerades av kirurgen. Patienterna följdes med validerade enkäter två månader och ett år efter operationen. Kirurgen bedömde patienternas svar och gjorde en evaluering av operationen två månader resp. ett år postoperativt. Ytterligare, detaljerade beskrivningar av datainsamlingsprocessen har tidigare publicerats [5, 8].

Utfall

I rapporten används både patient- och läkarrapporterade parametrar från GynOp.

Grad av smärta och postoperativa komplikationer rapporterades via uppföljningsenkäten två månader efter operationen. Uppgifter om patientnöjdhet, funktionella parametrar samt patientrapporterad känsla av framfall hämtades ur svaren i ettårsenkäterna.

Organskador rapporterades av operatörerna antingen under operationen, vid utskrivning av patienten eller i samband med den kirurgiska evalueringen efter två månader.

Alla medicinska komplikationer, inklusive reoperation, blev registrerade av kirurgerna, senast i samband med operatörernas ettårsbedömning av operationen.

Statistik

Chi² test har använts för analys av kategoriska data, samt T-test och Mann-Whitney U-test för kontinuerliga data. Risk presenteras som justerad och ojusterad oddskvot (OR) med 95% konfidensintervall och som riskdifferens (RD). Tabell 1 visar homogenitetsanalysen av potentiella confounders.

Resultat

De 626 patienter som ingick i vårt material (433 opererade med vanlig bakre kolporafi, och 193 med användning av ett icke resorberbart nät) inkluderades förlöpande i GynOp.

Tabell 1 Jämförelse av patientkaraktistika mellan de två grupperna.

Tabell 1 Karakteristik av medverkande patienter Friska patienter med recidiv av rektoccele, opererade med klassisk bakre kolporafi eller med kirurgiskt implantat Sverige 2006-2016					
	Implantat (N = 193)		Inget implantat (N = 433)		P-värde
Mean ålder vid op, år (SD)	63.8 (10.4)		58.6 (12.5)		<0.001
Patientenkäter					
BMI (SD)	26.7 (3.7)		26.6 (4)		0.735
	n	(%)	n	(%)	
Paritet					
0-2	84	(52.8%)	171	(52.3%)	0.989
3+	75	(47.2%)	156	(47.7%)	0.989
Uppgift saknas	34	(17.6%)	106	(24.5%)	0.072
Rökning					
Ja	8	(5.1%)	25	(9%)	0.198
Nej	149	(94.9%)	253	(91%)	0.198
Uppgift saknas	36	(18.7%)	155	(35.8%)	<0.001
Preoperativt östrogen					
Ja	29	(16%)	42	(9.7%)	0.071
Nej	164	(84%)	391	(90.3%)	0.071
Uppgift saknas	0		0		
Läkarrapporterade svar					
Prolapsgrad*					
0 (-3 cm)	6	(4.5%)	4	(1.7 %)	0.201
1 (>-3 cm to <-1 cm)	10	(7.6%)	18	(7.6 %)	1
2 (≥-1 cm to ≤1 cm)	80	(60.6%)	183	(77.5 %)	<0.001
3/4 (>1 cm)	36	(27.3%)	31	(13.1 %)	0.001
Uppgift saknas	61	(31.6%)	197	(45.5 %)	0.002

* Grad av prolaps (+/- cm från hymen)

Patientnöjdhet, patientrapporterade komplikationer, smärta samt patientrapporterade urogynekologiska parametrar är angivna i tabell 2 och 3.

Patienter ansågs vara botade, när de rapporterade att de aldrig eller nästan aldrig hade en känslan av "att något buktar ur slidan" ett år efter operationen. Denna subjektiva botningsgrad var högre i nätgruppen än i kolporafigruppen OR = 2.06 (CI: (1.03-4.35), svarande till ett number needed to treat (NNT) på 9.7.

Patienter som fått ett nät vid operationen var dessutom i högre grad nöjda och rapporterade sig i högre grad vara förbättrade ett år efter operationen.

Patientrapporterad smärtstillande behandling efter operationen var densamma för båda grupperna (p=0.123).

Ingen skillnad sågs mellan grupperna avseende patientrapporterade komplikationer, återinläggning pga. komplikationer, urinvägsinfektioner, urinretention eller postoperativ smärta i ljumskan.

Tabell 2 Patientrapporterade resultat och komplikationer.

<p align="center">Tabell 2 Patientrapporterade resultat av operationen. Friska patienter med recidiv av isolerat rectocele, opererade med klassisk bakre kolporafi eller med kirurgiskt implantat. Sverige 2006-2016</p>								
<p align="center">Patientnöjdhet</p>								
	saknas	N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
<i>Andel av patienter som angav "mycket nöjd/nöjd" med operationsresultatet, 1 år efter operationen</i>								
Inget implantat	155	433	278		1			
Implantat	66	193	127	13.9%	1.96	(1.22–3.21)	2.38	(1.2–4.97)
<i>Andel av Patienter med egen upplevelse av att tillståndet blivit "mycket förbättrad/förbättrad", 1 år efter operationen</i>								
Inget implantat	202	433	231		1			
Implantat	65	193	128	16.1%	2.41	(1.43–4.19)	2.13	(1.02–3.82)
<p align="center">Patientrapporterade komplikationer</p>								
	saknas	N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
<i>Patientrapporterat sökt sjukvård pga komplikationer inom 8 veckor</i>								
Inget implantat	101	433	332		1			
Implantat	27	193	166	1.2%	1.07	(0.68–1.68)	1.23	(0.58–1.99)
<i>Patientrapporterade komplikationer mellan 8 veckor och 1 år, var sjukvård söktes (endast patienter som inte rapporterats tidigare)</i>								
Inget implantat	147	433	286		1			
Implantat	66	193	127	-0.5%	0.97	(0.56–1.67)	0.81	(0.38–1.68)
<i>Komplikationer som lett till att patienten blivit inlagd, upp till 8 veckor efter operationen</i>								
Inget implantat	43	185	77		1			
Implantat	21	61	40	5.81%	1.8	(0.63–5.22)	2.15	(0.6–7.87)
<i>Urinvägsinfektion postoperativt</i>								
Inget implantat	4	433	429		1			
Implantat	6	193	187	N/A	N/A			
<i>Urinretention (mer än 1 dag postoperativt upp till 8 veckor)</i>								
Inget implantat	71	433	362		1			
Implantat	17	193	176	1.46%	1.79	(0.57–5.47)	0.99	(0.19–4.31)
<p align="center">Patientrapporterad smärta</p>								
	saknas	N	n	Median	(SD)	Median	[25%,75%]	p-värde
<i>Antal dagar efter operationen som patienten använt smärtstillande i hemmet</i>								
Inget implantat	197	433	236	6.8	(7.55)	5.0	[2,10]	
Implantat	56	193	137	5.7	(6.08)	4.0	[2,7]	0.123
		N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
<i>Smärta i lumsken (inom 8 veckor efter operationen)</i>								
Inget implantat	104	433	329		1			
Implantat	31	193	162	1.26%	1.71	(0.49–5.78)	3.36	(0.77–17.39)
<p align="center">Patientrapporterad botningsgrad</p>								
		N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
<i>Patientrapporterad frånvaro av en buktning ur slidan, 1 år efter operationen</i>								
Inget implantat	158	433	275					
Implantat	71	193	122	10.3%	1.80	(1.07–3.12)	2.06	(1.03–4.35)

N= Totalt antal av patienter, som skulle gets möjlighet för att svara på enkätfrågan.
n= antal patienter som svarat på enkätfrågan.
RD= Absolut risk-skillnad mellan de två grupperna. Positiva värden anger störst risk i Implantat-gruppen.
CI = Konfidensinterval.
* okorrigerad
† korrigerad för ålder, preoperativt östrogen och prolapsgrad

Tabell 3 Summering av patientrapporterade förändringar i funktionella parametrar.

Tabell 3. Patientrapporterade funktionsparametrar Friska patienter med recidiv av isolerat rektocelce, opererade med klassisk kolporafi eller med kirurgiskt implantat. Sverige 2006-2016								
Funktionsparametrar								
	saknas	N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
<i>Började att ha samlag igen (patienter som inte hade samlag före operationen)</i>								
Inget implantat	208	433	225				1	
Implantat	89	193	104	-1.8%	0.75	(0.26–1.87)	1.47	(0.4–4.96)
<i>Slutade att ha samlag (patienter som före operationen hade samlag)</i>								
Inget implantat	208	433	225				1	
Implantat	89	193	104	5.2%	2.10	(0.88–4.96)	1.10	(0.33–3.43)
<i>Dyspareuni, förbättrad eller symptomfri efter operationen</i>								
Inget implantat	348	433	85				1	
Implantat	158	193	35	4.71%	1.38	(0.48–3.76)	1.35	(0.16–8.52)
<i>Dyspareuni, förvärrad efter operationen</i>								
Inget implantat	348	433	85				1	
Implantat	158	193	35	-1.51%	0.87	(0.23–2.76)	2.04	(0.36–9.93)
<i>Dyspareuni, uppstått efter operationen</i>								
Inget implantat	348	433	85				1	
Implantat	158	193	35	-4.2%	0.39	(0.02–2.39)	0.71	(0.03–5.78)
<i>Urininkontinens förbättrad efter operationen</i>								
Inget implantat	205	433	228				1	
Implantat	83	193	110	-1.8%	0.91	(0.53–1.53)	0.80	(0.40–1.57)
<i>Urininkontinens, förvärrad efter operationen</i>								
Inget implantat	205	433	228				1	
Implantat	83	193	110	-3.16%	0.73	(0.34–1.48)	0.98	(0.31–2.77)
<i>Urininkontinens, de novo efter operationen</i>								
Inget implantat	205	433	228				1	
Implantat	83	193	110	5.9%	1.62	(0.85–3.07)	1.76	(0.73–4.23)
<i>Urgeproblem, förbättrad eller symptomfri efter operationen</i>								
Inget implantat	212	433	228				1	
Implantat	83	193	110	1.2%	0.94	(0.56–1.55)	0.88	(0.45–1.68)
<i>Urgeproblem, förvärrad efter operationen</i>								
Inget implantat	212	433	228				1	
Implantat	83	193	110	-5.39%	0.57	(0.25–1.2)	0.67	(0.22–1.80)
<i>Urgeproblem, de novo efter operationen</i>								
Inget implantat	212	433	228				1	
Implantat	83	193	110	0.51%	1.05	(0.5–2.11)	1.21	(0.44–3.13)
<i>Defekationsproblem, förbättrad eller symptomfri</i>								
Inget implantat	201	433	232				1	
Implantat	77	193	116	2.59%	1.11	(0.71–1.74)	0.86	(0.48–1.54)
<i>Defekationsproblem, förvärrat efter operationen</i>								
Inget implantat	201	433	232				1	
Implantat	77	193	116	1.29%	1.25	(0.48–3.05)	0.83	(0.2–2.88)
<i>Defekationsproblem, de novo efter operationen</i>								
Inget implantat	201	433	232				1	
Implantat	77	193	116	4.31%	1.8	(0.79–4.03)	1.98	(0.61–6.68)
<i>ADL (dagar)</i>								
	N	n	Mean	(SD)	Median	[25%,75%]	p-value	
Inget implantat	433	272	5.1	5.1	3	[1, 7]		
Implantat	193	144	4.9	4.6	3	[1, 7]	0.966	

N= Totalt antal av patienter, som getts möjlighet att svara på enkätfrågan.
n= antal patienter som svarat på enkätfrågan.
RD= Absolut riskskillnad mellan de två grupperna. Positiva värden anger störst risk i implantatgruppen.
CI = Konfidensintervall.
* okorrigerad
† korrigerad för ålder, preoperativt östrogen och prolapsgrad

I stort sett fanns det ingen skillnad mellan de två grupperna avseende funktionell urogynekologisk effekt av operationen. Ändringar i sexualfunktion (proportion av patienter som fortsatte, upphörde eller påbörjade att ha samlag efter operationen), tid till patienterna återupptog vanlig vardaglig funktion (ADL) och graden av dyspareuni var densamma i båda grupper. Graden av patientrapporterad urininkontinens var också densamma i båda grupper.

Ingen skillnad sågs avseende patientrapporterad förändring avseende avföringsbesvär.

Tabell 4 Läkarrapporterade resursparametrar.

Tabell 4. Läkarrapporterade parametrar: Friska patienter med recidiv av isolerat rektocoele, opererade med klassisk bakre kolporafi eller med kirurgiskt implantat. Sverige 2006-2016								
Resursparametrar								
	saknas	N	n	Mean	(SD)	Median	[25%,75%]	p-value
Operationstid (minuter)								
Inget implantat	51	433	382	44.34	22.4	40	[30,55]	
Implantat	38	193	155	46.88	16.6	44	[35,57]	0.006
Vårdtid efter operation (dygn)								
Inget implantat	6	433	427	0.71	1	0	[0,1]	
Implantat	8	193	185	1	0.9	1	[1,1]	<0.001
Läkarrapporterade komplikationer								
	saknas	N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
Läkarrapporterade komplikationer (lindriga) inom 12 månader								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	11.71%	2.18	(1.42–3.35)	2.74	(1.51–5.01)
Reoperation inom 12 månader								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	1.15	2.27	(0.53–9.69)	4.99	(0.88–39.4)
Blödningsmängd under operationen (ml)								
		N	Mean	(SD)	Median	[25%,75%]	p-value	
Inget implantat	0	433	34	37.1	25	[10,50]		
Implantat	0	193	38	28.3	25	[20,50]	0.17	
Organskador								
Blåsskada under operationen								
	saknas	N	n	RD	OR _u *	(95% CI)	OR _{A†}	(95% CI)
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	N/A	N/A			
Skada på urinröret under operationen								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	N/A	N/A			
Tarmskada under operationen								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	N/A	N/A			
Vaginalskada under operationen								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	N/A	N/A			
Fistelbildning								
Inget implantat	0	433	433					
Implantat	0	193	193	N/A	N/A			
N= Totalt antal av patienter, som getts möjlighet för att svara på enkätfrågan. n= antal patienter som svarat på enkätfrågan. RD= Absolut riskskillnad mellan de två grupperna. Positiva värden anger störst risk i implantatgruppen. CI = Konfidensintervall. * okorrigerad † korrigerad för ålder, preoperativt östrogen och prolapsgrad								

Patientrapporterade lindriga komplikationer inom 1 år var vanligare hos de patienter som blivit opererade med nät OR=2.27 (CI: 1.77-2.91). Mängden reoperation och peroperativ blödningsmängd var densamma mellan grupperna.

Inga organskador eller rektovaginala fistlar rapporterades för någon av de 626 patienterna.

Diskussion

Denna registerstudie på över 600 operationer av isolerat, recidiverande rektocele, visar att fördelarna med användning av icke resorberbart nät överväger jämfört med de mycket få nackdelar (lindriga komplikationer rapporterade av läkare) som ses vid denna typ av operation. Detta indikerar att kirurgiskt nät är det bästa alternativet för behandling av just denna patientgrupp.

Kirurgiskt nät har använts inom vaginalprolapskirurgi i ca 10 år. Det finns fortfarande inte en klar, internationell konsensus om på vilka typer av vaginal prolaps eller för vilka patientgrupper det är fördelaktigt att använda kirurgiska implantat.

Vårdpersonalen måste avväga risker och fördelar för varje individuell patient, och patienten själv måste kunna ta ett informerat beslut avseende om hon vill ha inopererat ett kirurgiskt implantat.

Essentiellt för både dessa processer är en klar, realistisk bild av både önskade och oönskade effekter av det planerade ingreppet. Denna rapport ger information från en verklig, rutinmässig verksamhet inom svensk sjukvård, som kan ge både läkare såväl som patienter, stöd i denna svåra beslutsprocess.

Evaluering av nätanvändning inom prolapskirurgi är ofta inte stratifierad och resultaten är ospecificerade eller antas gälla oavsett vilken typ av prolaps det är tal om. Detta producerar ofta tvetydiga resultat, som är omöjliga att relatera till specifika typer av prolapsoperation [3,10]. Vårt studiematerial består av en mycket specifik patientgrupp, och upplägget av studien liknar de föregående artiklar som publicerats med data från GynOp avseende andra prolapsoperationer [5-7]. Detta ger oss möjligheten till mycket specifika, kliniskt användbara resultat. GynOps storlek ger dessutom en fördel: Det stora materialet ger möjligheten att analysera mycket specifika patientgrupper, utan att kompromettera precisionen av resultaten.

Recidiverande bakre slidväggsprolaps är av särskilt intresse: Från GynOps årsrapporter vet vi, att bakre slidväggsprolaps är den näst vanligaste typen av POP, och i Sverige utförs 2/3 av den totala mängden operationer med nät på recidiverande prolaps.

I litteraturen har uttryckts, att implantat möjligtvis ger en ökad risk för urininkontinens hos patienter [11]. I vårt material visar det sig att i rutinmässig sjukvård ökar inte risken för denna komplikation vid användningen av implantat.

Det fanns statistiskt mätbara skillnader avseende ADL, blödningsmängd under operationen, operationstid och hur länge patienten var inlagd. Men med tanke på de mycket små skillnaderna, kan det diskuteras huruvida dessa har någon klinisk relevans.

Som kriterium för recidiv används i vårt material patientens egen känsla av att det buktar i underlivet 1 år efter operationen. Detta är det enda symptom som är specifikt för vaginalprolaps [12]. Det är ett validerat, smidigt och pålitligt sätt att bedöma om ett återfall har skett [13-15].

Studien är baserad på ett mycket stort material, och resultaten blir därför mycket precisa. Studien underbyggs ytterligare av att den avspeglar den rutinmässiga sjukvården i Sverige, och att studien därför visar effektivitet – hur det fungerar i verkligheten - framför hur det ser ut under optimala förhållanden.

Trots att det självfallet är möjligt för patienten att fransäga sig att delta i registret, händer detta mycket sällan. Över 95% av alla operationer som utförs i Sverige blir registrerade, och 95% resp. 85% av dessa, deltar i 2-månaders resp. 1-årsuppföljning med enkäter. Denna inklusionsgrad och patienternas deltagande är bra, och avspeglar i hög grad fördelen med personnummer och patienternas förtroende gentemot sjukvården och samhället i allmänhet.

Även om selektionsbias är osannolikt med en så hög inklusion av patienter, finns möjlighet för någon grad av informationsbias. Patienter tillfrågades om hur länge de använde smärtstillande medel efter att de kom hem, som ett mått på postoperativ smärta. Denna parameter kan vara snedvriden pga. varierande instruktioner från klinikerna, och antalet dagar som patienter använde smärtstillande kan reflektera klinikernas policy, mer än det reflekterar patientens smärta.

Komplikationsregistrering inom GynOp är inte implantatspecifik, men täcker alla typer av kirurgiska komplikationer. Det är därför inte möjligt att skilja mellan nätspecifika komplikationer (t.ex. blödning pga. näterosion) eller mer generella komplikationer (såsom blödning från suturlinjen). Likaså är registrering av patientrapporterade komplikationer inte specificerad. En "patientrapporterad komplikation" anses vara valid, ifall en patient haft en komplikation, som leder till att de tar kontakt till sjukvården.

Detta är den fjärde studien baserad på GynOp-data, som analyserar utfallet av de vanligaste typerna av POP, opererade med eller utan implantation av kirurgiskt nät.

I denna studie är den överordnade konklusionen för recidiverande rektocel enkel: nätimplantat är förmånligt att använda vid recidivoperation av bakre prolaps, och bör användas som behandling för denna patientgrupp.

Hos patienter med primär prolaps i främre eller bakre compartment, samt vid recidiv i främre compartment, är bilden mer komplex: Implantatpatienter svarade oftare att de var botade vid 1-årsuppföljningen, men hade en rad nackdelar i form av komplikationer.

Konklusion

För friska patienter, som enbart skall opereras för ett recidiverande rektocel, ger användningen av kirurgiskt nät ett bättre operationsresultat, och är associerat med högre patientnöjdhet och högre grad av patientrapporterad symptomförbättring vid 1-årsuppföljning. Det enda som talar emot att använda kirurgiska nät, är de få, lindriga postoperativa komplikationer som rapporterades av operatörerna.

Fördelarna vid användning av kirurgiskt nät uppväger de mycket få nackdelar som finns, och kan vara den föredragna metoden vid operation av denna patientgrupp.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ASA-klassifikation	<p>ASA (American Society of Anesthesiologists). En 6-gradig skala som används inför operation för att t ex avgöra komplikationsrisk pga patientens hälsotillstånd.</p> <p>ASA1: Frisk, icke-rökare,ingen eller minimal alkoholkonsumtion.</p> <p>ASA2: En patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till), aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk, graviditet, övervikt (BMI 30-39), välkontrollerad diabetes/högt blodtryck, lindrig lungsjukdom.</p>
Confounders	Faktorer som kan påverka ett behandlingsresultat och som kan vara svåra att kontrollera eller kan leda till felaktiga slutsatser.
De novo	Betyder ”starta på nytt”. Exempel: Före operationen hade patienten inget besvär av urinläckage men efter operationen har hon fått besvär, dvs besvären har uppstått ”de novo”.
Defekationsproblem	Problem med att bajsas, t ex förstoppning eller svårighet att tömma tarmen.
Dyspareuni	Samlagssmärta
Implantat	I detta fall ett kirurgiskt nät som används som stöd för att hjälpa till att hålla framfallet på plats
Inkontinens	Urinläckage
Kolporafi	En typ av operation för åtgärd av framfall
Pelvint	I bäckenbotten
Peroperativt	I samband med operationen.
Prolaps	Framfall
Prospektiv studie	Prospektiv studie används för att studera samband mellan olika riskfaktorer och en viss sjukdom. Man följer individer med och utan riskfaktor (kontrollgrupp) framåt i tiden. Vid studiens slut jämförs andelen individer som insjuknade eller fick ett visst besvär i de båda grupperna.
Recidiv	Återfall, sjukdom eller besvär som uppstått igen
Rektocele	Framfall av bakre vaginalväggen, ändtarmen buktar in mot vagina pga försämrat stöd i vaginalväggen.
Rektovaginal fistel	Falsk förbindelse mellan vagina och ändtarmen, som kan uppstå som en komplikation vid t ex en gynekologisk operation eller förlossning.
Resorberbart (implantat)	Bryts ned av kroppen och försvinner med tiden av sig själv utan ingrepp.
Urgeproblem	Utrinrängningsbesvär

Referenser

1. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* Apr 1997;89(4):501-506.
2. Fialkow MF, Newton KM, Lentz GM, Weiss NS. Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* Mar 2008;19(3):437-440.
3. Maher C, Baessler K. Surgical management of posterior vaginal wall prolapse: an evidence-based literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* Jan 2006;17(1):84-88.
4. Weber AM, Walters MD. Anterior vaginal prolapse: review of anatomy and techniques of surgical repair. *Obstet Gynecol.* Feb 1997;89(2):311-318.
5. Nussler E, Kesmodel US, Lofgren M, Nussler EK. Operation for primary cystocele with anterior colporrhaphy or non-absorbable mesh: patient-reported outcomes. *International urogynecology journal.* Mar 2015;26(3):359-366.
6. Madsen LD, Nussler E, Kesmodel US, Greisen S, Bek KM, Glavind-Kristensen M. Native-tissue repair of isolated primary rectocele compared with nonabsorbable mesh: patient-reported outcomes. *International urogynecology journal.* Jan 2017;28(1):49-57.
7. Nussler EK, Greisen S, Kesmodel US, Lofgren M, Bek KM, Glavind-Kristensen M. Operation for recurrent cystocele with anterior colporrhaphy or non-absorbable mesh: patient reported outcomes. *International urogynecology journal.* Nov 2013;24(11):1925-1931.
8. Pakbaz M, Mogren I, Lofgren M. Outcomes of cystocele repair surgery in relation to different anesthesia methods. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica.* Jul 2010;89(7):876-881.
9. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of evaluation in clinical practice.* Oct 2006;12(5):559-568.
10. Levy GG. Outcome of vaginal mesh reconstructive surgery in multiparous compared with grand multiparous women: Retrospective long-term follow-up. *PloS one.* 2017;12(5):e0176666.
11. Ek M, Tegerstedt G, Falconer C, et al. Urodynamic assessment of anterior vaginal wall surgery: a randomized comparison between colporrhaphy and transvaginal mesh. *Neurourology and urodynamics.* Apr 2010;29(4):527-531.
12. ACOG Practice Bulletin No. 85: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* Sep 2007;110(3):717-729.
13. Barber MD. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clinical obstetrics and gynecology.* Sep 2005;48(3):648-661.
14. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* Sep 2009;114(3):600-609.
15. Lee U, Raz S. Emerging concepts for pelvic organ prolapse surgery: What is cure? *Current urology reports.* Feb 2011;12(1):62-67.