

Prolapsregistret

Årsrapport 2017

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN JULI 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Eva Uustal, t.f. delregisteransvarig, prolapsregistret

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Produktion	3
Operationer uppdelat per kompartment.....	5
Vid indikation prolaps – hur påbörjades operationen?.....	9
Vaginaltoppsprolaps	12
Suturmaterial som används vid främre plastik	13
Primär operation eller recidiv	14
Användning av implantat.....	15
Vårdtid.....	16
Komplikationer	16
Resultat efter 1 år.....	19
Ordlista.....	20
Referenser	21

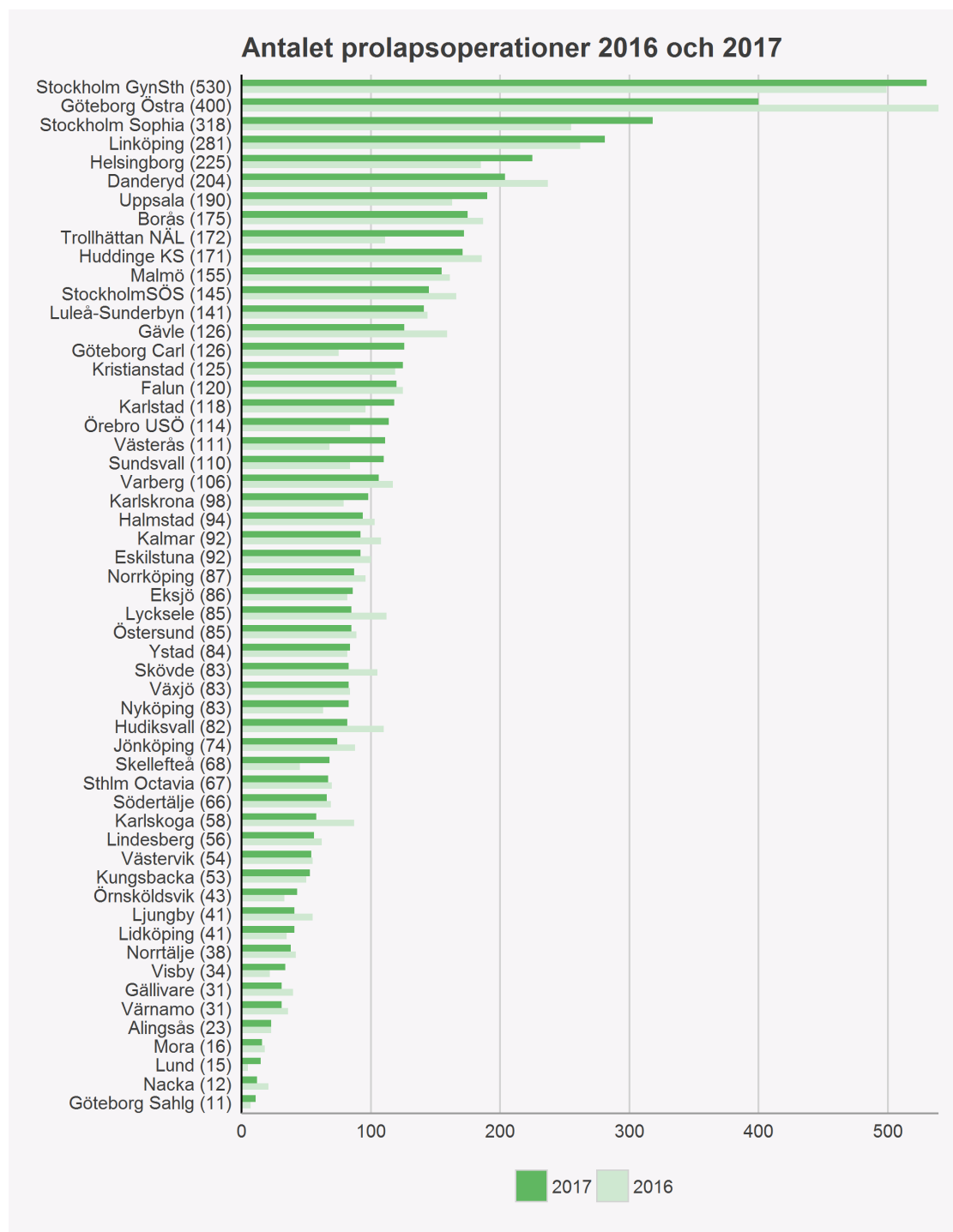
Inom GynOp samarbetar vi med Vården i siffror (VIS) för att visa utdata från registret. Variablerna från GynOp i VIS hittar du på

<https://vardenisiffror.se/category/sjukdomstillstand/gynekologi>.

Här finns möjlighet att jämföra sig med andra sjukhus och se trender över åren. Data där avser fram till 2016 och uppdateras under hösten. Ett arbete pågår med att kunna uppdatera VIS oftare och på ett enklare sätt.

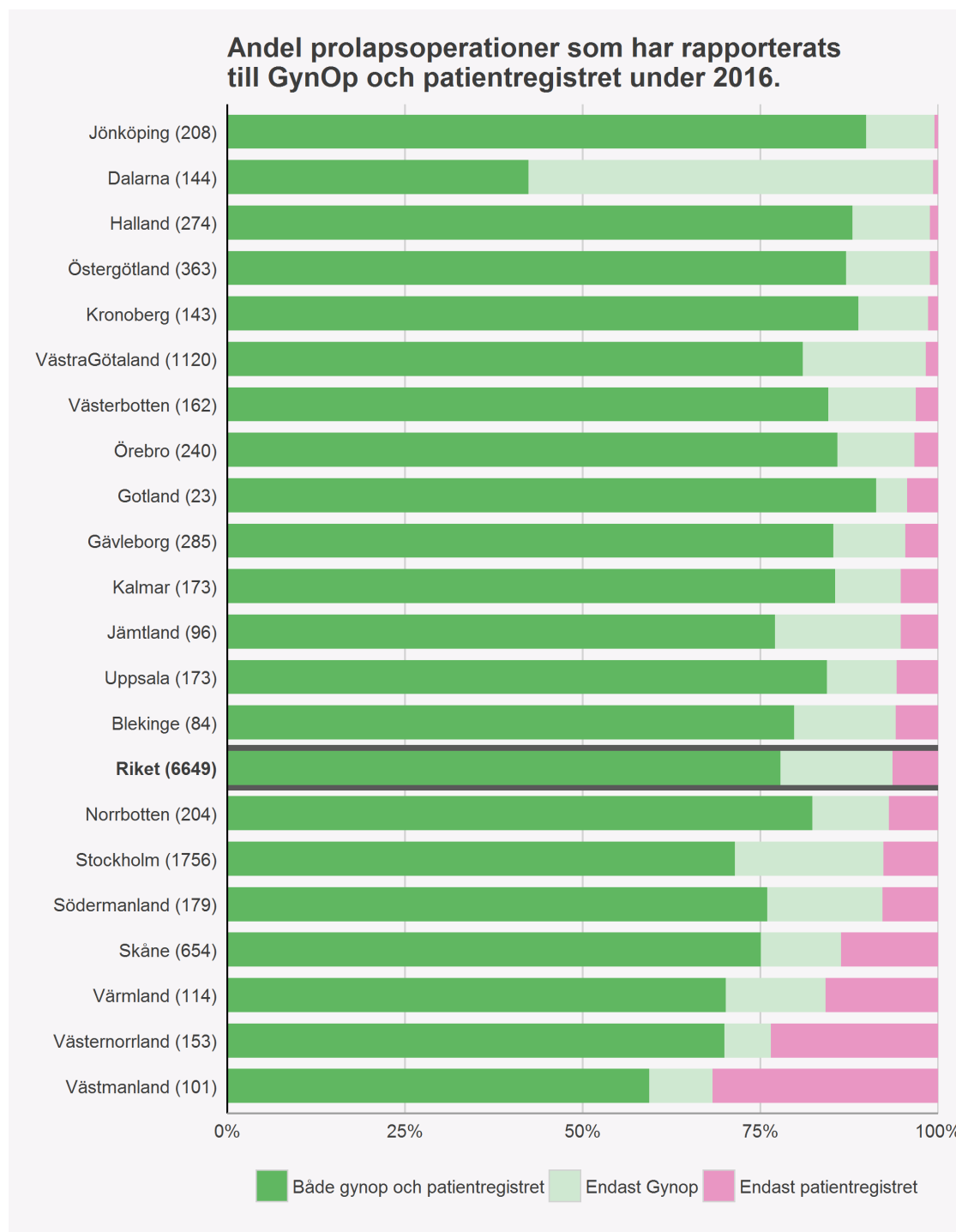
Under året har det påbörjats ett arbete i samråd med UR-ARG för att uppdatera status och operationsmall för att kunna få med bäckenbottenkirurgi i ett bredare perspektiv, dvs rekonstruktiv kirurgi efter förlossning innan det blivit prolaps, sekundär kirurgi efter sfinkterskador samt könsstymningsoperationer.

Produktion



Figur 1. Antal utförda prolapsoperationer år 2016 och 2017, per klinik. Antalet opererade år 2017 inom parentes

Det finns stora skillnader i antalet operationer per klinik. Skälen till det varierar mellan städer och mellan kliniker. Det har inte med nuvarande registerfrågor kunnat visas att det patientupplevda operationsresultat påverkas av kirurgens erfarenhet (1).

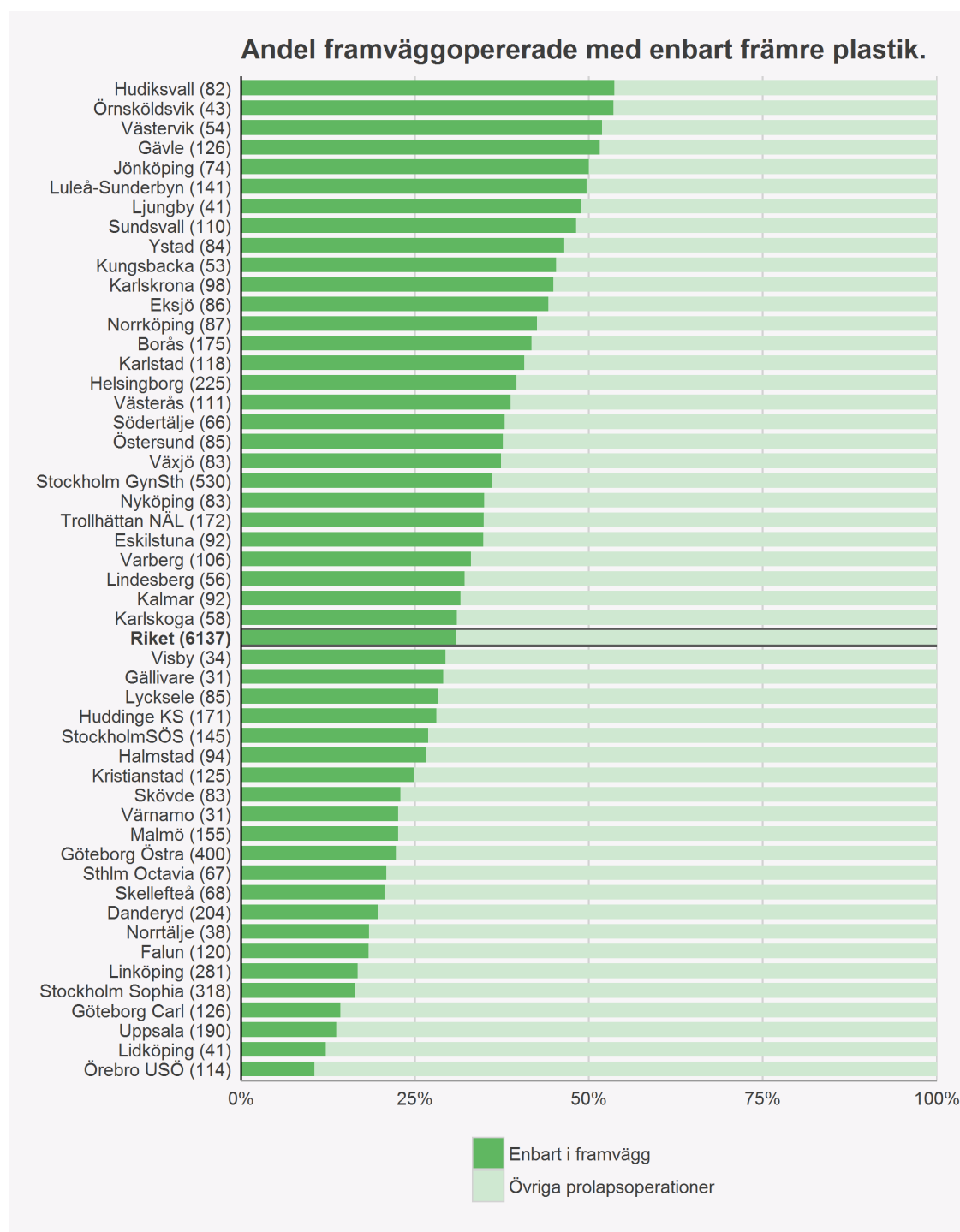


Figur 2. Andel prolapsoperationer som har rapporterats till GynOp och/eller patientregistret under 2016.

Täckningsgraden för GynOp jämfört med patientregistret varierar åt båda håll. Län med korta mörkgröna staplar föreslås se över sina administrativa rutiner.

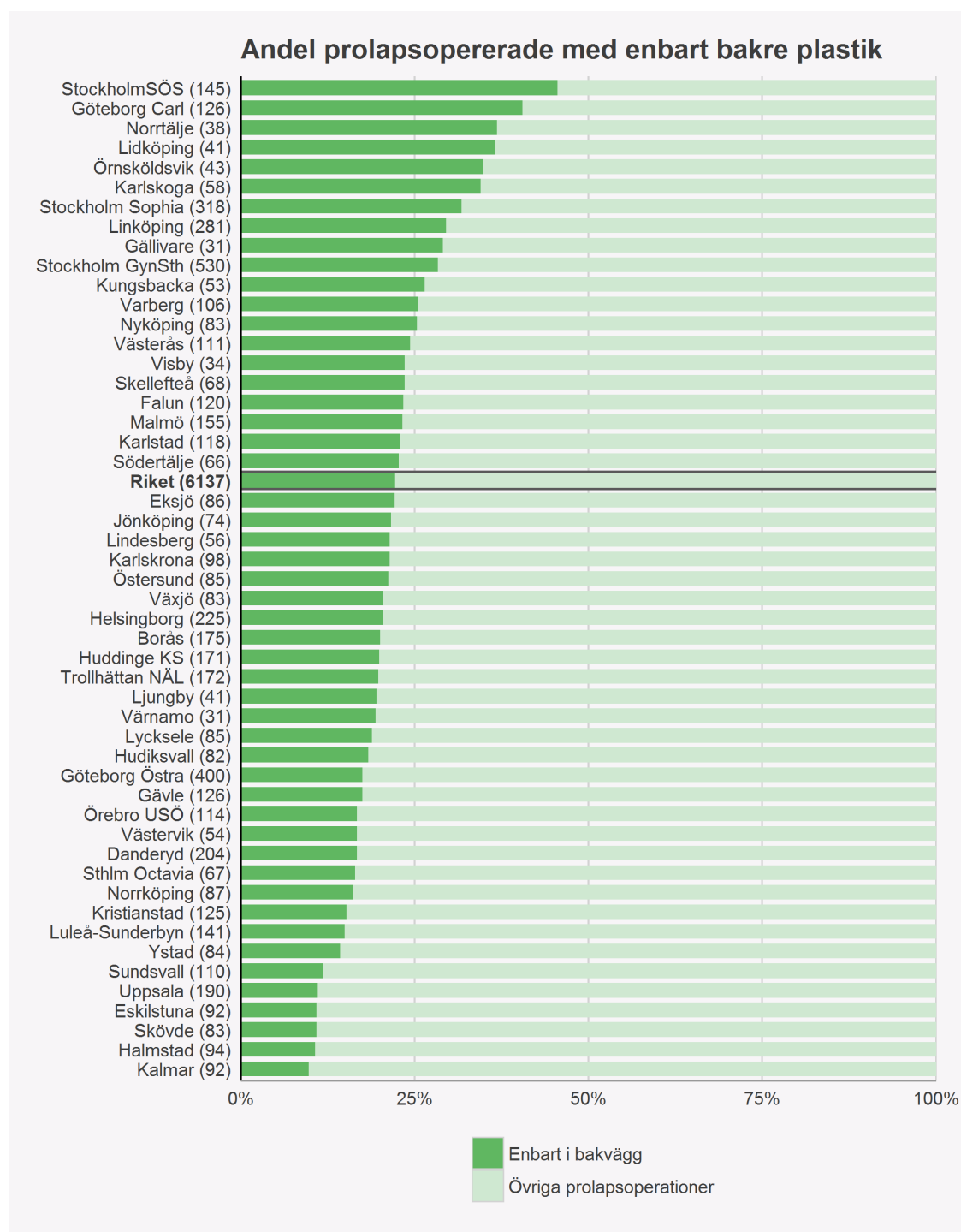
Operationer uppdelat per kompartment

Att avgöra vilken prolapsoperation som passar respektive patient är en konst i sig. En avgränsad främre plastik är ett mindre komplext ingrepp än samma operation med cervixamputation eller en fullständig prolapsplastik. Det innebär att operatörens erfarenhet och anestesiformen kan avgöra vilken operation som blir utförd. Det är inte alltid patientens symtom och karakteristika som avgör hur omfattande operationen blir. Under 1980- och 1990-talet ändrades praxis i Sverige från att operera allt färre fullständiga prolapsplastiker (69-37%) utan någon officiell policyförändring(2). Andelen cervixamputation vid främre plastik skiljer sig idag mellan klinikerna mer än vad som är biologiskt rimligt.

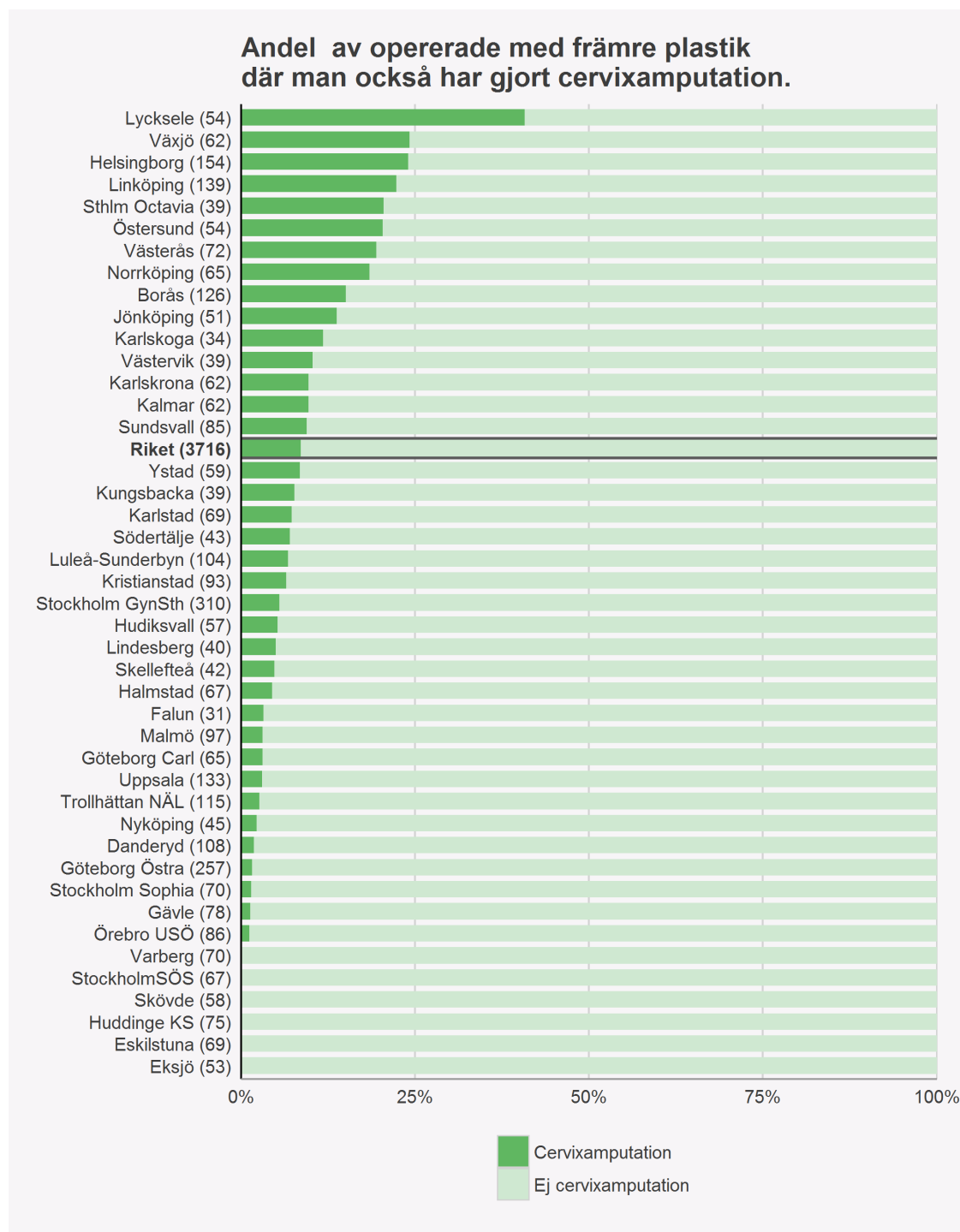


Figur 3. Andel framväggopererade med enbart främre plastik (LEF00) utan annan prolapsoperation respektive operation i framvägg i kombination med annat prolapsingrepp.

Operationskoden LEF03 är densamma oavsett om ingreppet görs pga. en stor protruderande bakväggsprolaps eller pga. en förlossningsskada med isärsprängd muskulatur och incipient rectocele. Vi vill uppmuntra till att verkligen registrera operationer av förlossningsskador "innan prolapsen kommit ut" inom registret, så att de patientupplevda resultaten följs upp. Diagnosen som bör användas där är N81.8, gammal förlossningsskada.



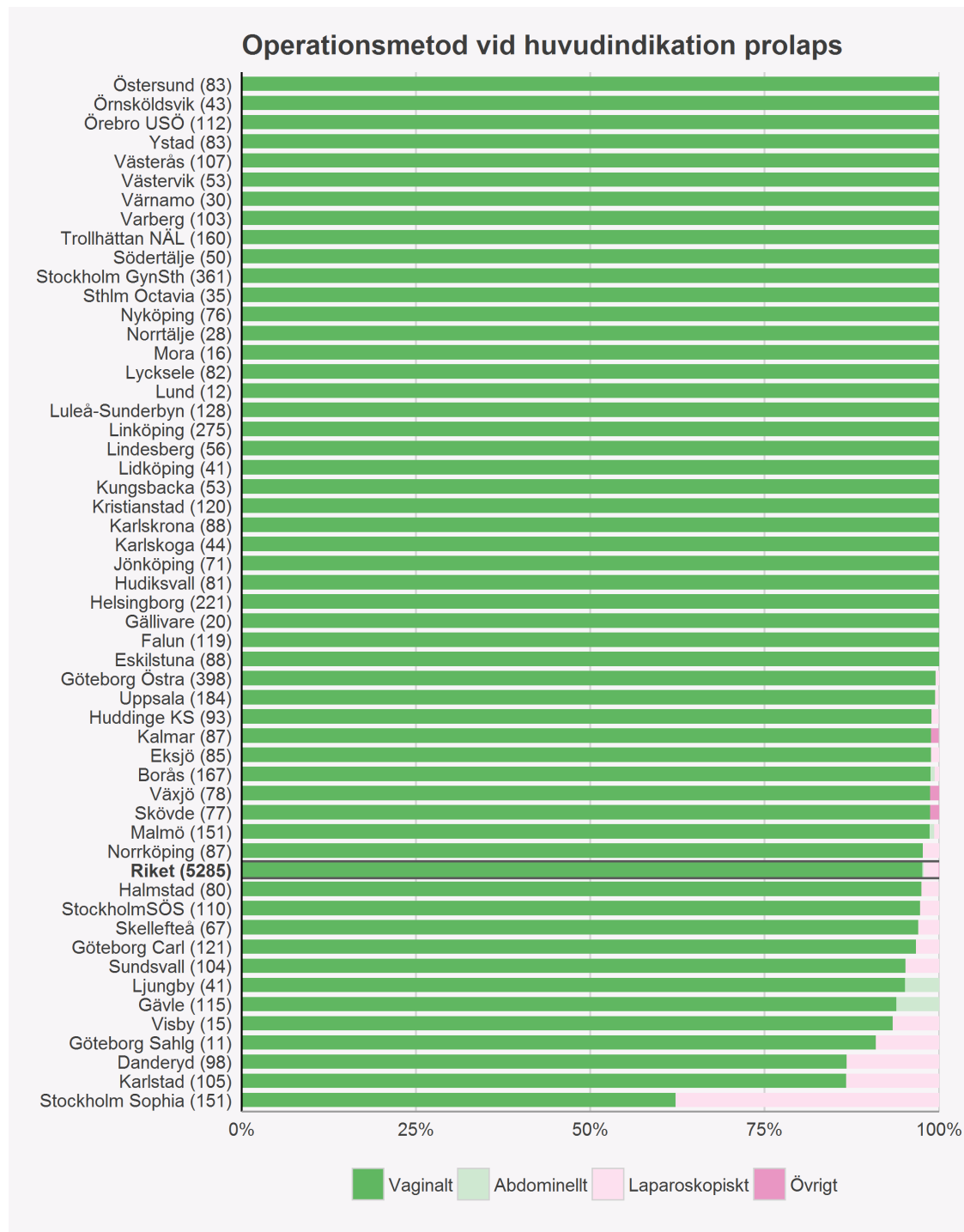
Figur 4. Andel prolapsopererade med enbart bakre plastik (LEF03) utan annan prolapsoperation år 2017



Figur 5. Andel av opererade med främre plastik där man också har gjort cervixamputation.

Praxis vad gäller omfattningen av prolapsoperationen skiljer avsevärt. Hur cervixamputation/inte cervixamputation respektive understödjande bakre plastik vid främre plastik påverkar det patientrapporterade utfallet återstår att analysera.

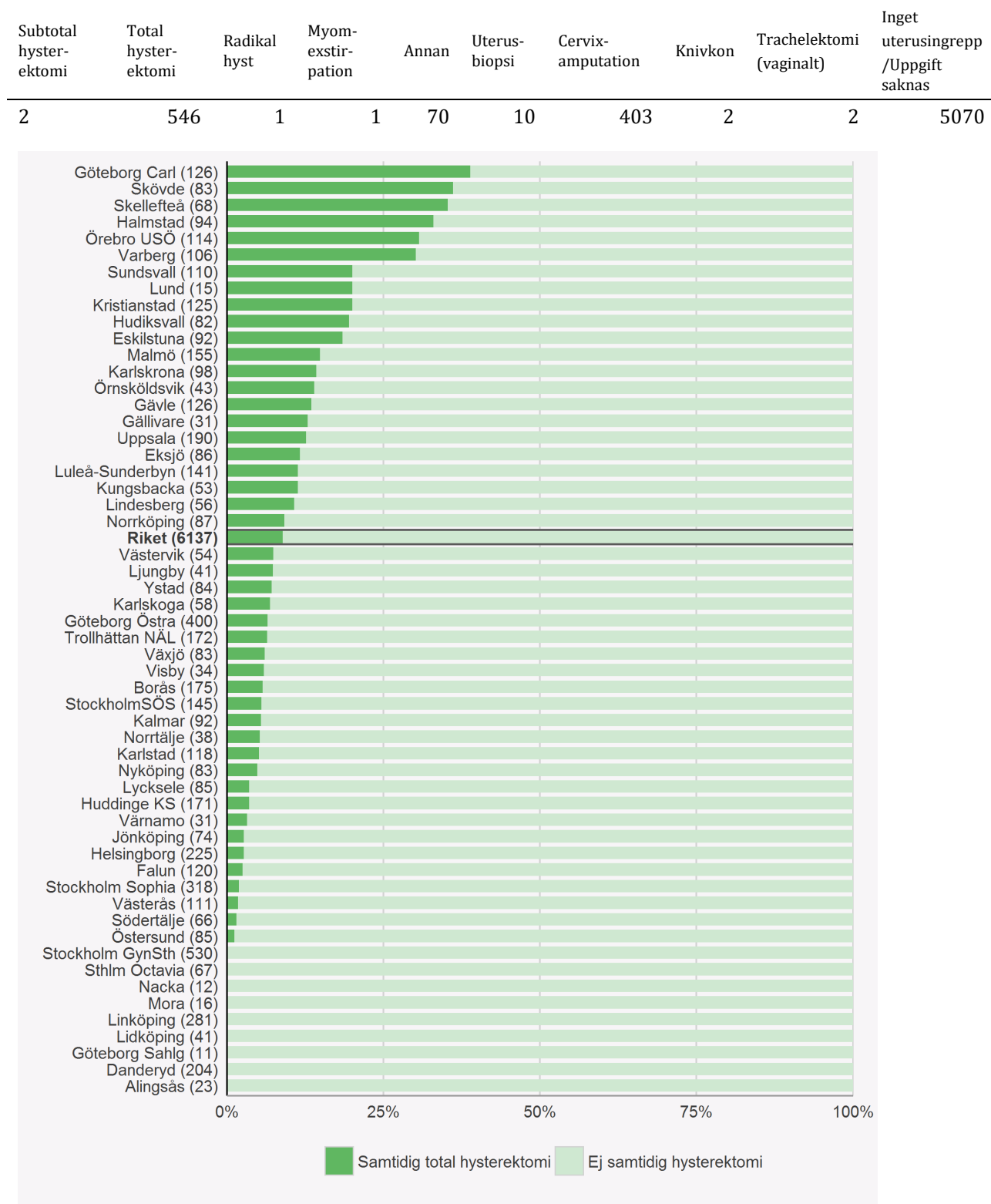
Vid indikation prolaps – hur påbörjades operationen?



Figur 6. Operationsmetod vid huvudindikation prolaps

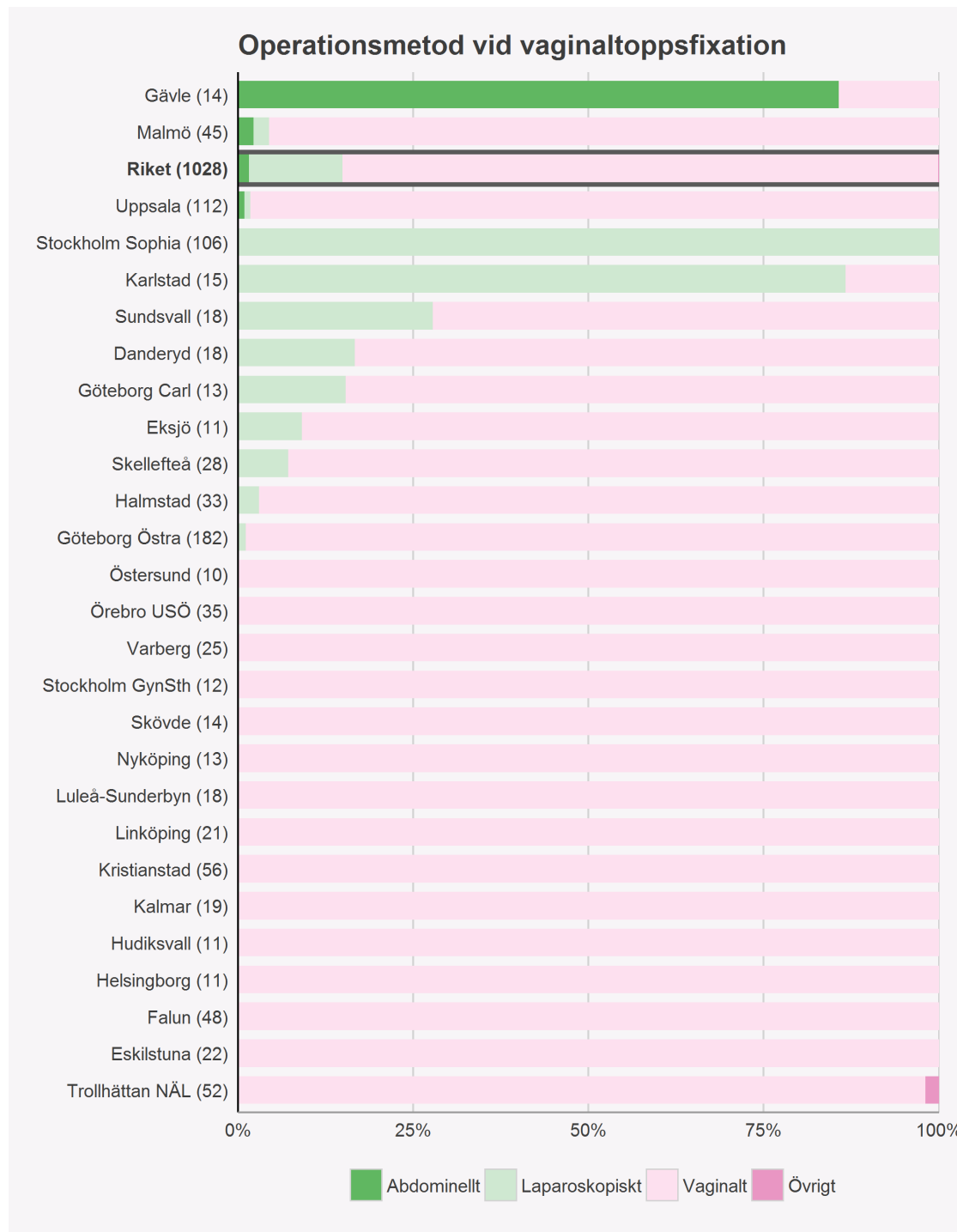
Vid huvudindikation prolaps (86% av de prolapsopererade) utförs de flesta vaginalt. Det är i huvudsak apikal prolaps som opereras med laparoskopi med eller utan robot eller abdominellt.

Fördelningen av uterusingrepp för de prolapsopererade 2017 fördelade sig enligt nedan:



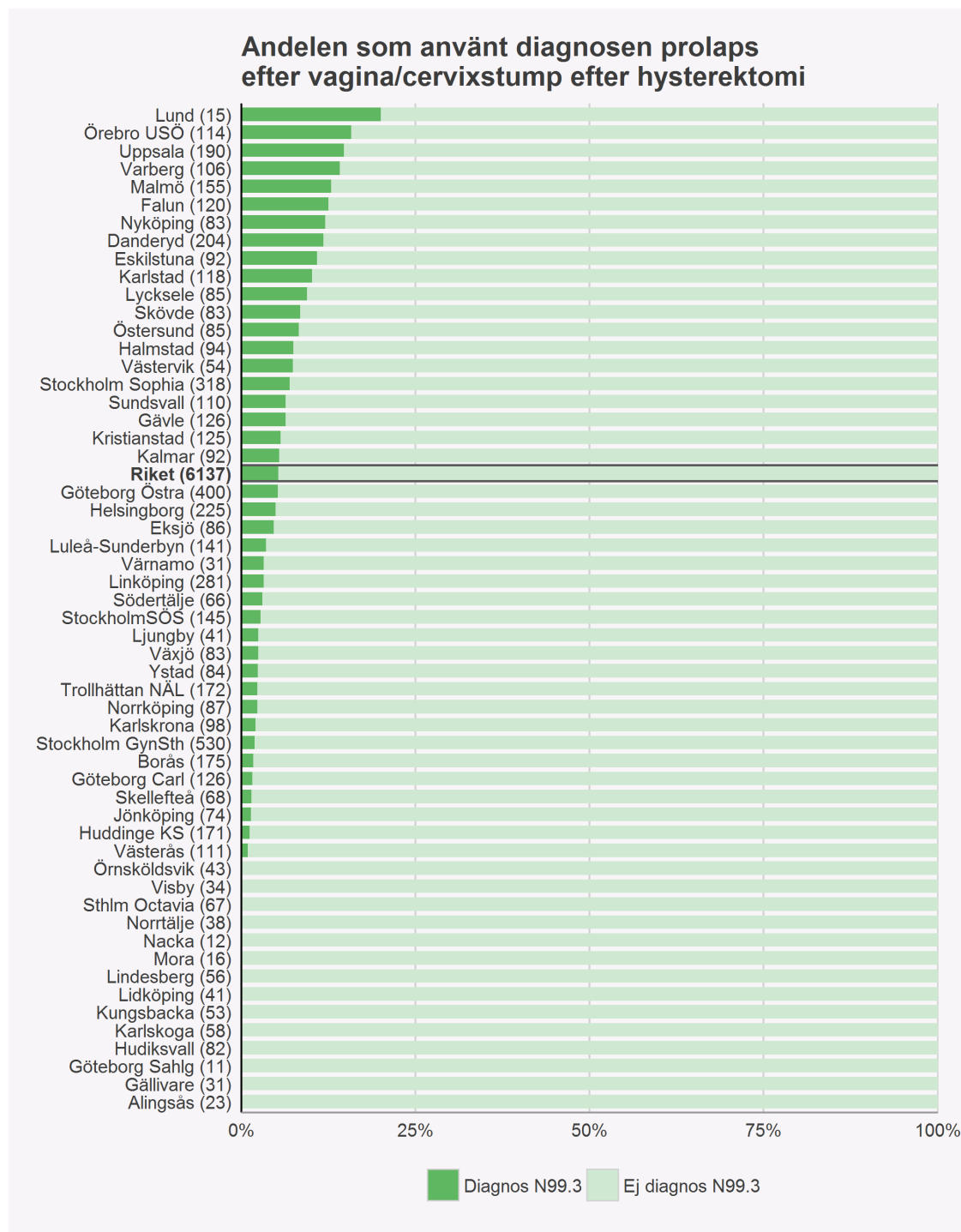
Figur 7. Andel samtidig totala hysterektomier vid prolapsoperation

Det är vanligare med total hysterektomi än cervixamputation vid prolapsoperation, om man ser på rikets data. Praxis skiljer sig mycket mellan klinikerna. Det finns ingen lättbegriplig förklaring till skillnaderna. Ida Bergmans studie från 2017 på GynOp-data visar att resultatet efter ett år är lika mellan grupperna medan hysterektomi ger signifikant fler komplikationer samt längre operations- och vårdtid än cervixamputation (3). Vid operation pga recidiv i övre kompartiment är resultaten av sacrospinosusfixation bättre om cervix finns kvar att sy i (Sarberg, NUGA 2015).



Figur 8. Operationsmetod vid vaginaltoppsfixation

Vaginaltoppsprolaps



Figur 9. *Diagnoskod vid operation vaginaltoppsfixation.*

Eftersom en del kirurgi efter apikal prolaps kan göras i operationsrobot och laparoskopiskt har intresset för apikal prolaps ökat markant även bland icke prolapskirurger på senare år. GynOp anordnade därför tillsammans med Sydöstra regionens prolapsgrupp en temadag om apikal prolaps i slutet av 2017. Det finns många frågor att belysa, t ex hur diagnosen apikal prolaps används (figur 9), om operationerna ska centraliseras till få centra med stor erfarenhet, om de vaginala

metoder som har högre tillgänglighet och lägre kostnad har en plats eller om sakrokolpopexier oavsett metod ska vara förstahandsmetod. UR-ARG tog efter mötet initiativ till att göra råd/riktlinjer för att belysa frågan och arbetet är påbörjat.

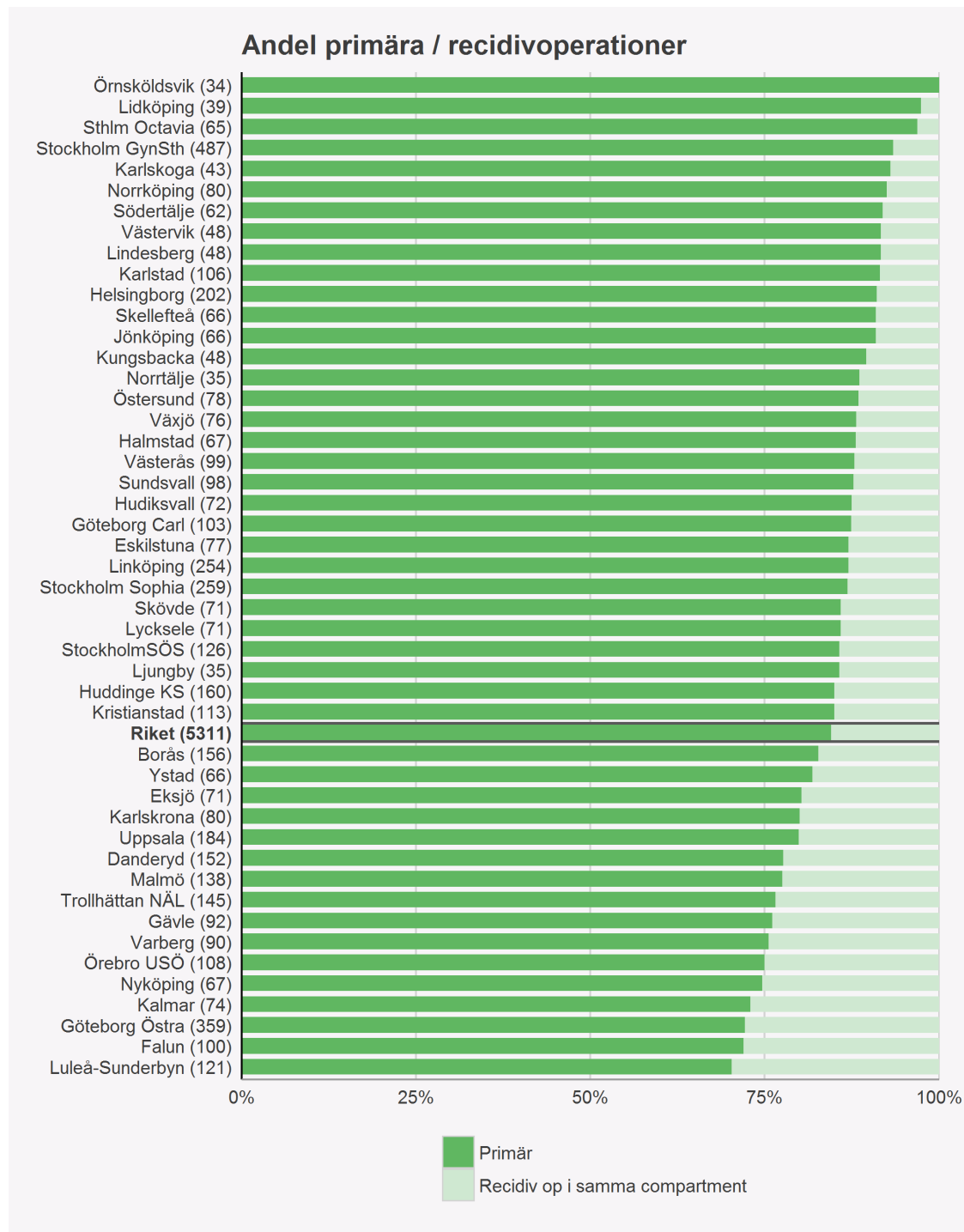
Suturmaterial vid främre plastik

Vid SFOGs årsmöte i Norrköping 2009 presenterades en retrospektiv observationsstudie från Linköping, där vi visade att patienter som opererats för prolaps med det icke resorberbara suturmaterialet Ethibond hade färre recidiv och reoperationer än de som suturerats med Vicryl. De hade dock fler suturkomplikationer i form av granulom. Den gyllene medelvägen blev att börja använda en sutur med längre absorptionstid, PDS. Efter mötet infördes variabeln "suturmaterial i plastiken" i Gynop. Den analyserades och 2016 publicerade Bergman et al en Gynopregisterbaserad studie som indikerade färre recidiv efter främre plastik om man använt sutur med långsam resorption(4).

I tabellen nedan ses fördelningen av suturmaterial i riket under 2017. De flesta använder sutur med långsam absorptionstid men både icke resorberbara och snabbt resorberbara suturer förekommer. Man kan undra om det rör sig om felregistreringar. I många fall saknas dock uppgift. Vi vill uppmuntra prolapskirurgerna att fortsätta reflektera över och registrera vilket suturmaterial som används för att kunna fortsätta följa upp variabeln i större material.

Suturmaterial prolapsoperation	Antal	Andel
PDS	1891	50.9%
Vicryl	788	21.2%
Polysorb	324	8.7%
Biosyn	194	5.2%
Ej aktuellt att suturera	119	3.2%
PDS Plus	109	2.9%
Ethibond	88	2.4%
Maxon	76	2.0%
Monocryl	32	0.9%
Prolene/Polypropylene	30	0.8%
Annan	25	0.7%
Vicryl Rapid	10	0.3%
Monocryl Plus	8	0.2%
Ej suturerat	7	0.2%
Vicryl Plus	7	0.2%
Uppgift saknas	4	0.1%
Caprosyn	3	0.1%
V-LOC	1	0.0%

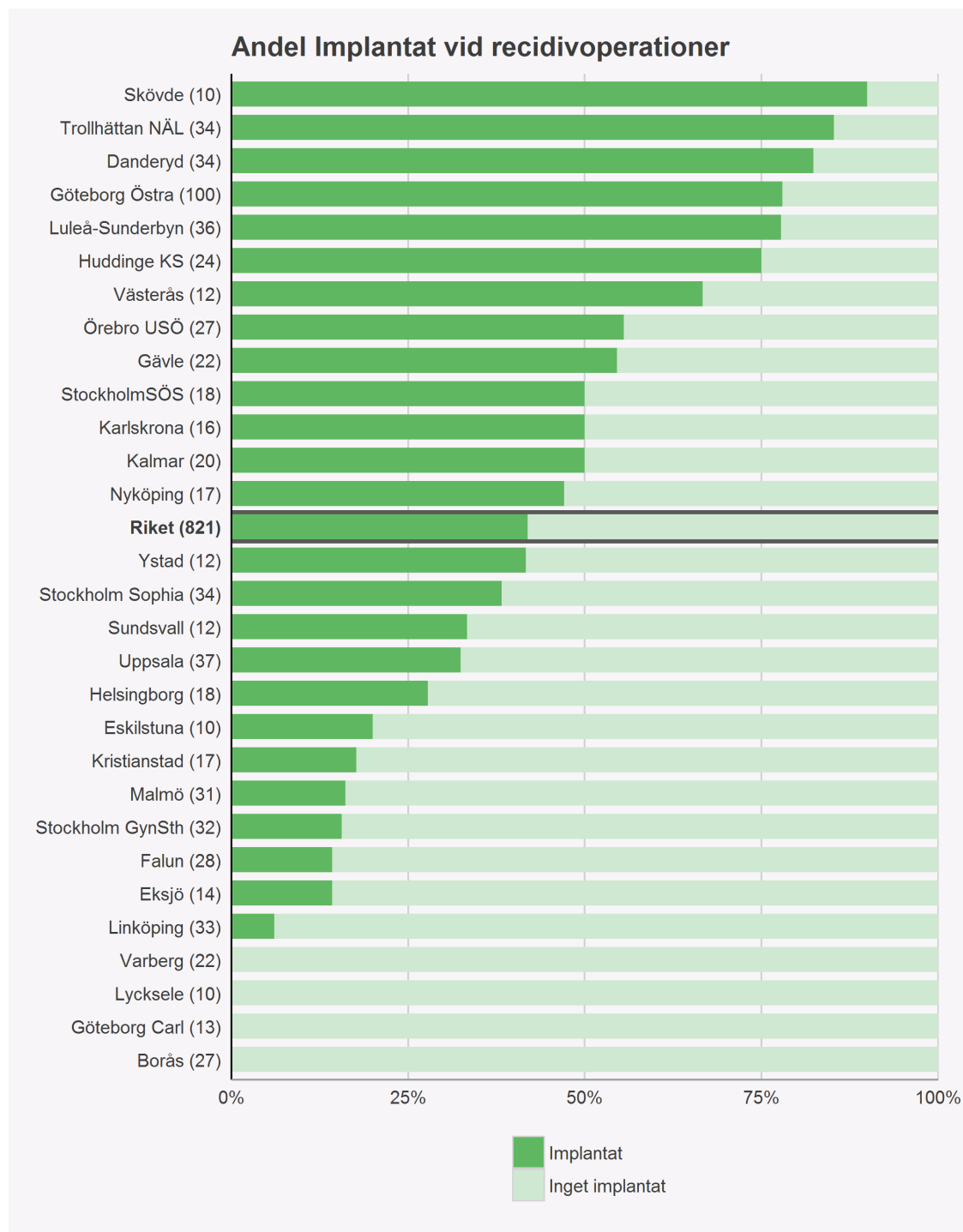
Primär operation eller recidiv



Figur 10. Andel primära / recidivoperationer år 2017

I frånvaro av kunskap om hur vanligt det är att behandla recidiv med operation eller med prolapsring är det svårt att värdera skillnaderna i andel recidivoperationer.

Användning av implantat

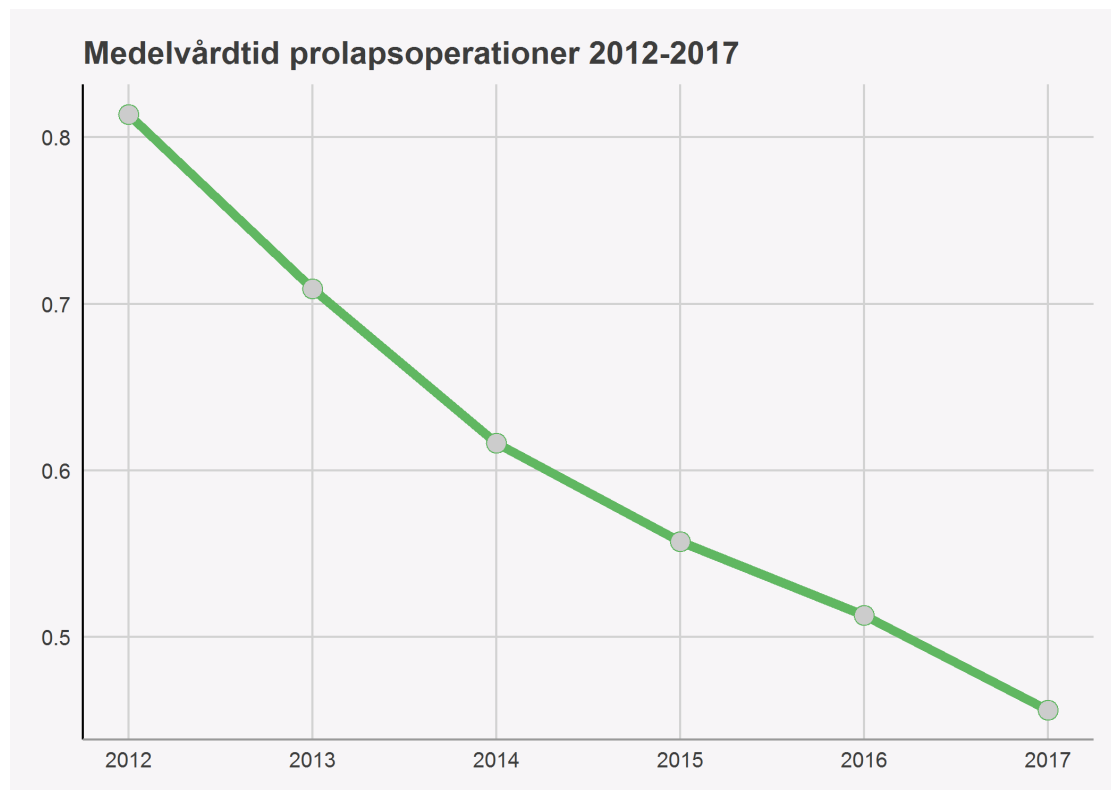


Figur 11. Andel implantat vid recidivoperationer år 2017.

Praxis vad gäller användning av nät vid prolapskirurgi är fortsatt varierande.

Vårdtid

Det skall noteras att medianvårdtiden inte har förändrats över tid. Den är 0 dagar. 25:e resp 75:e percentilen är [0, 1]. Medelvärde sjunker dock.



Figur 14. Medelvårdtid prolapsoperationer 2012–2017

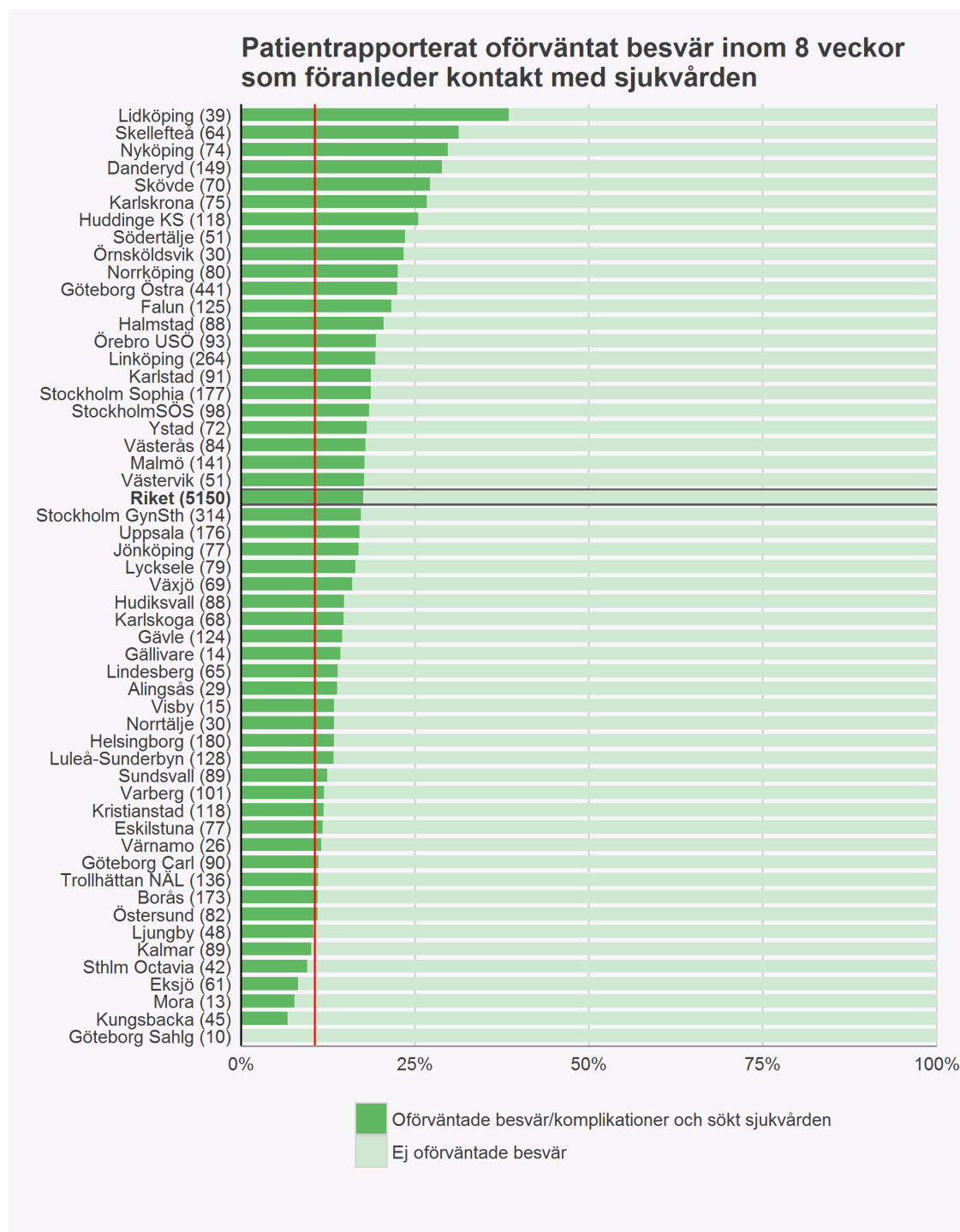
Komplikationer

Besvär och komplikationer grundar sig på variabeln om patienten behövt söka sjukvård eller pga någon komplikation 8 veckor efter operation, som fördelar sig enligt:

Har patienten behövt söka sjukvård postoperativt pga oförväntade besvär/ komplikationer	n
Inga oförväntade besvär/komplikationer	3380
Uppgivit oförväntade besvär/ komplikationer men ej uppgivit/behövt söka sjukvården	866
Oförväntade besvär/komplikationer och sökt sjukvården	904
NA	1047

I figurerna är saknade svar borttagna

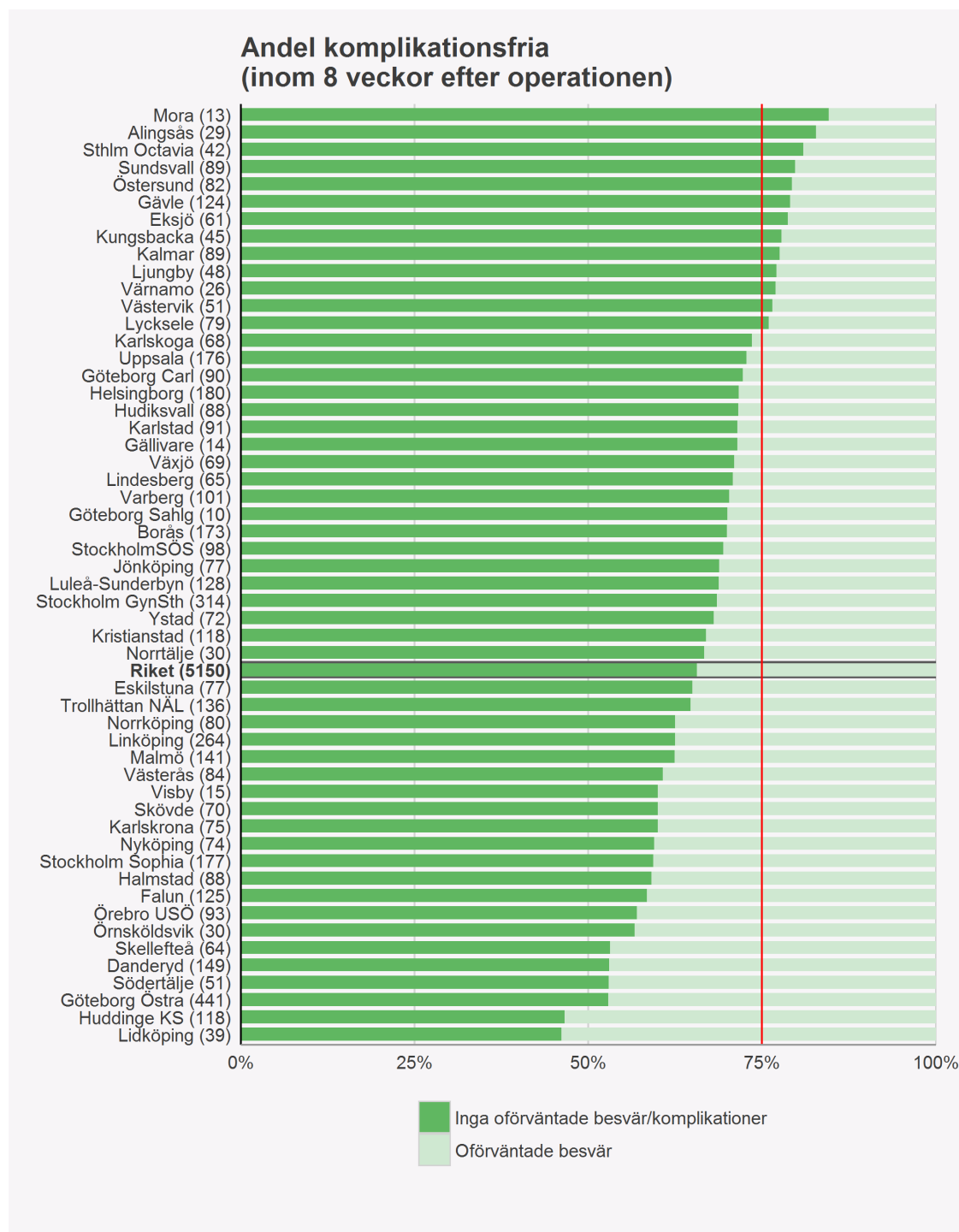
För besvär är det endast *Oförväntade besvär/komplikationer och sökt sjukvården* som utgör andelen oförväntade besvär.



Figur 12. Patientrapporterat oförväntat besvär inom 8 veckor som föranleder kontakt med sjukvården. Den röda linjen i figuren visar den 10:e percentilen.

Målvärde: Lägre än den 10:e percentilen; Andelen oförväntade besvär <10,6%. En utförlig patientinformation är viktig för att ge patienten trygghet i det postoperativa förloppet. En stor andel fritextsvar handlar om oro för/och tarmtömningsbesvär. Relevant rådgivning och förebyggande behandling är viktig.

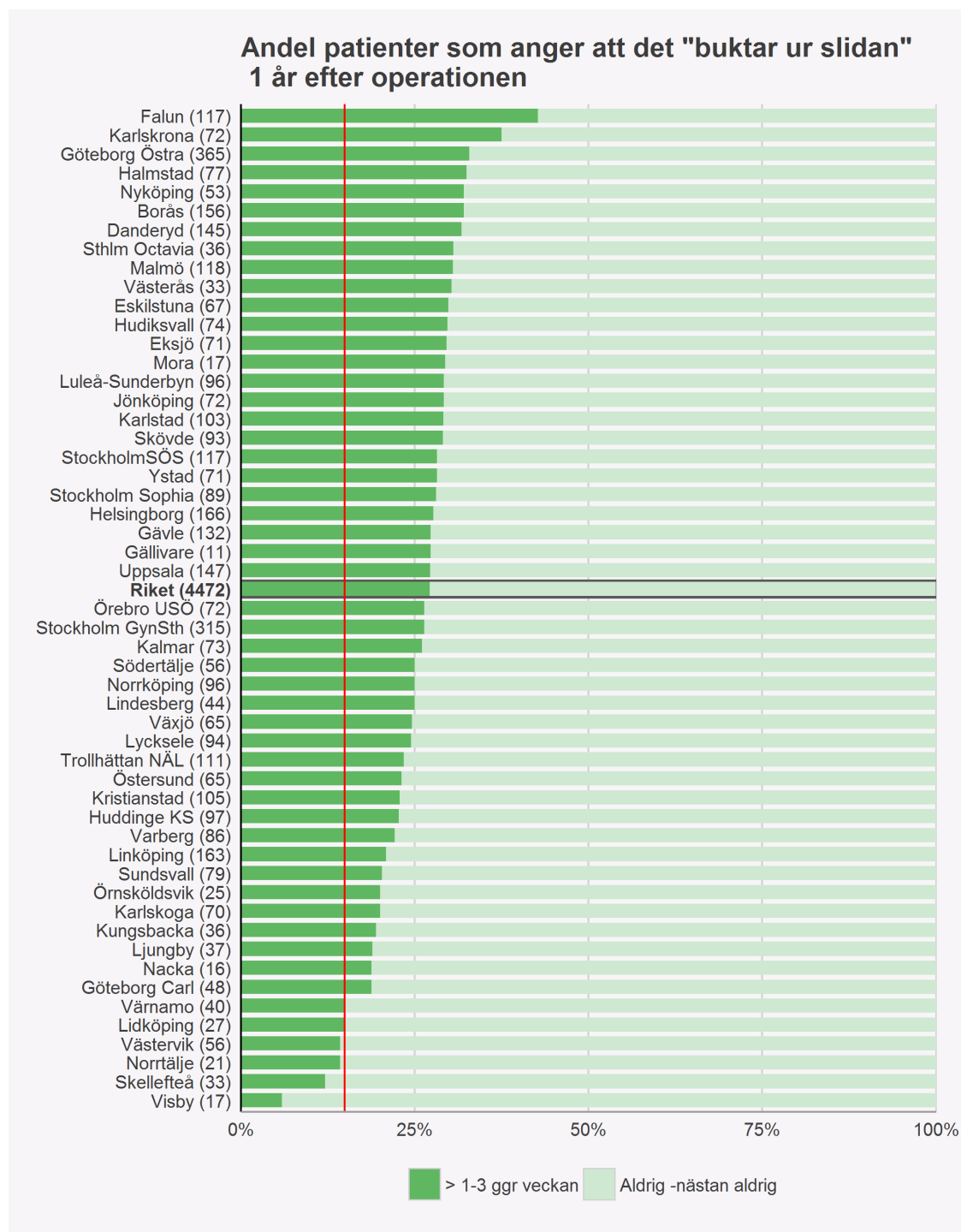
För komplikationsfrihet är det endast *Inga oförväntade besvär/komplikationer* som utgör andelen komplikationsfria.



Figur 13. *Andel komplikationsfria (inom 8 veckor efter operationen). Den röda linjen i figuren visar målvärdet 75 %.*

Målvärde: Minst 75% av opererade har inga oförväntade besvär/komplikationer.

Resultat efter 1 år



Figur 14. Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen, opererade år 2016. Den röda linjen i figuren visar den 10:e percentilen.

Målvärde: Lägre än den 10:e percentilen; Andelen oförväntade besvär <14,9%.

Här finns inga data om det rör sig om recidiv i samma kompartiment eller en ny del av slidan.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Anestesi	Sövning, bedövning
Cervixamputation	Borttagande av vaginaltoppen
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incipient	Begynnande
Kompartiment	Framfall kan delas in i tre olika delar, kompartiment, beroende på vad det är som buktar ut i slidan. Framfall av urinblåsan kallas för främre kompartiment, när det är livmodertappen kallas det för övre kompartiment och om det är ändtarmen som buktar ut så kallas det för bakre kompartiment. Framfallet kan även vara en kombination av flera av dessa kompartiment.
Percentil	Datamaterialet delas in i 100 lika stora delar. 25:e percentilen motsvaras då av 25% av hela datamaterialet.
Prolaps	Framfall
Protruderande	Framskjutande, utbuktande
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Sakrokolpopexi Sakrospinosusfixation Vaginaltoppsfixation	Olika operationsmetoder för att åtgärda vaginaltoppsprolaps
Sfinkterskada	Skada på ringmuskeln i ändtarmen, som kan uppstå i samband med förlossning
SFOG	Specialistföreningen för obstetrik och gynekologi
UR-ARG	Arbetsgrupp för urogynekologi inom specialistföreningen

Referenser

1. Nüssler E, Eskildsen JK, Nüssler EK, Bixo M, Löfgren M. Impact of surgeon experience on routine prolapse operations. *Int Urogynecol J*. 2018;29(2):297-306.
2. Crafoord K, Sydsjö A, Nilsson K, Kjølhede P. Primary surgery of genital prolapse: a shift in treatment tradition. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(9):1104-8.
3. Bergman I, Söderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Cervical amputation versus vaginal hysterectomy: a population-based register study. *Int Urogynecol J*. 2017;28(2):257-66.
4. Bergman I, Söderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Does the choice of suture material matter in anterior and posterior colporrhaphy? *Int Urogynecol J*. 2016;27(9):1357-65.