



Årsrapport för operationer utförda år 2018

Prolapsregistret

Författare: Eva Uustal
registeransvarig för prolapsregistret,
Universitetssjukhuset i Linköping

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2019-06-19

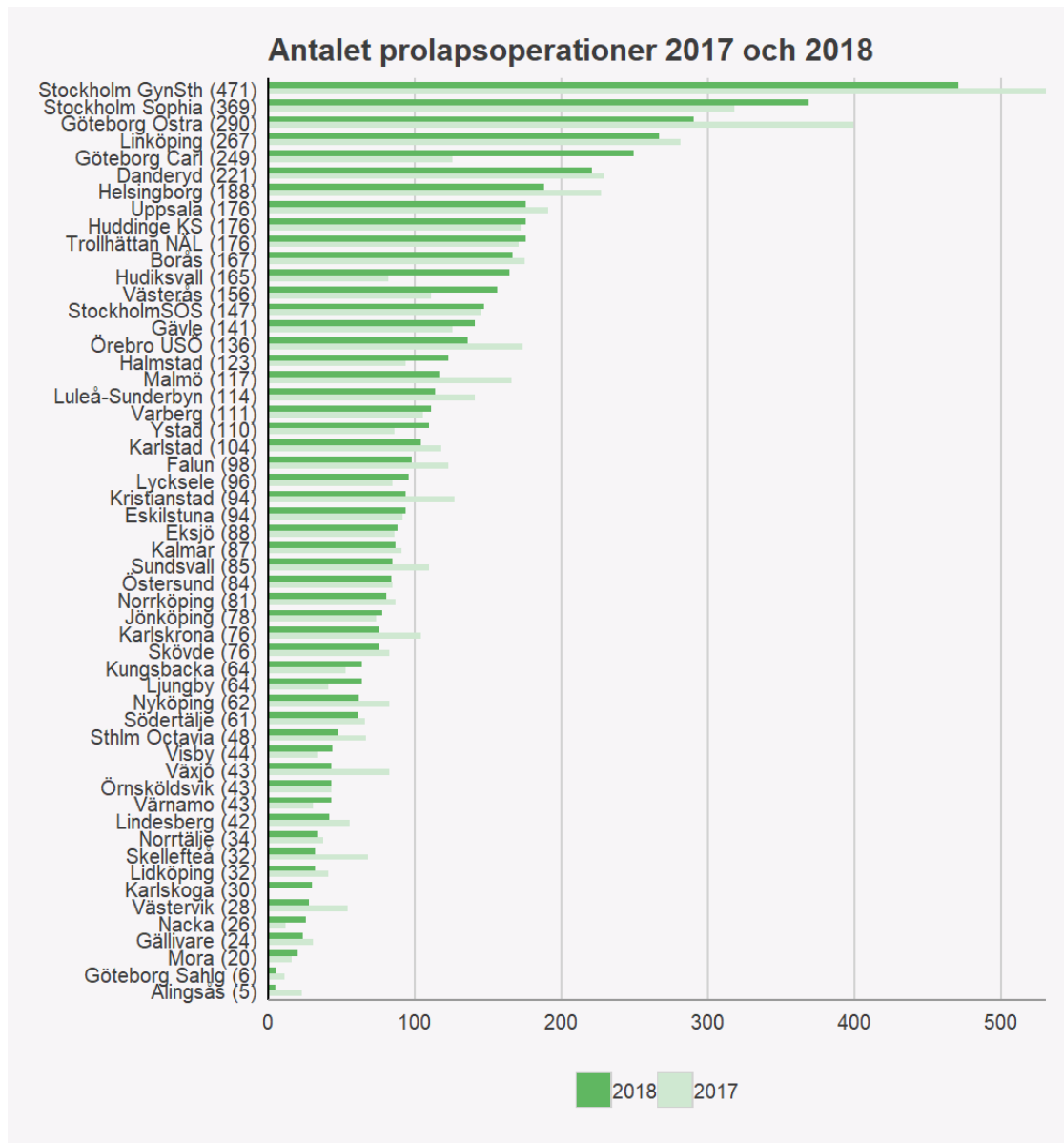
Innehåll

Hur många operationer görs på de olika klinikerna?	2
Operationer uppdelat på placering.....	5
Operationsmetoder	8
Operationsmetod vid vaginaltoppsfixation	10
Vårdtid	14
Besvär och komplikationer	14
Svarsfrekvens för enkäter	18
Ordlista	21
Referenser	22

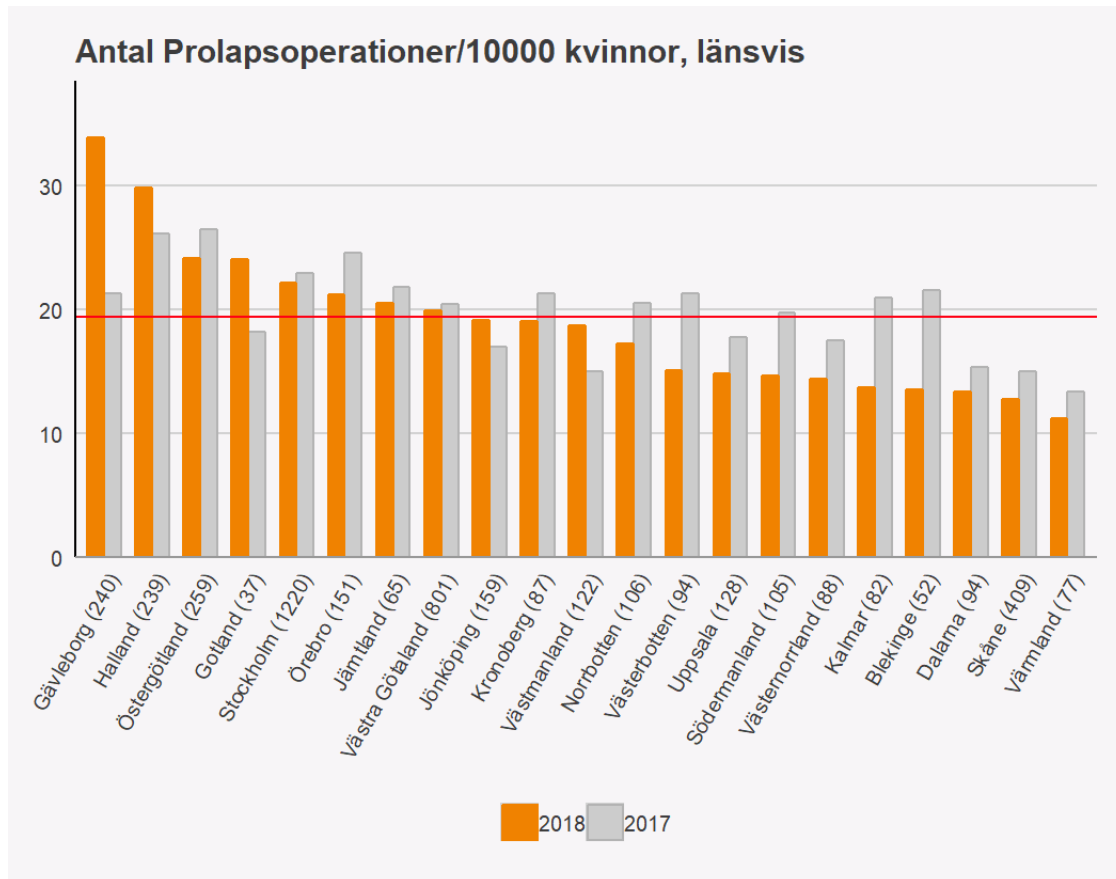
Hur många operationer görs på de olika klinikerna?

Tjugotvå kliniker gjorde mer än 100 prolapsingrepp under 2018 och sex kliniker mer än 200 ingrepp. Sju kliniker gjorde 30 eller färre ingrepp per år. Här framgår det inte hur många läkare som delar på operationerna på respektive enhet.

I årets rapport har vi valt att belysa skillnader i praxis som svårligen kan bero på att det är olika patienturval på olika kliniker. Ett av registrets syften är ju att jämföra verksamheternas val av metoder.

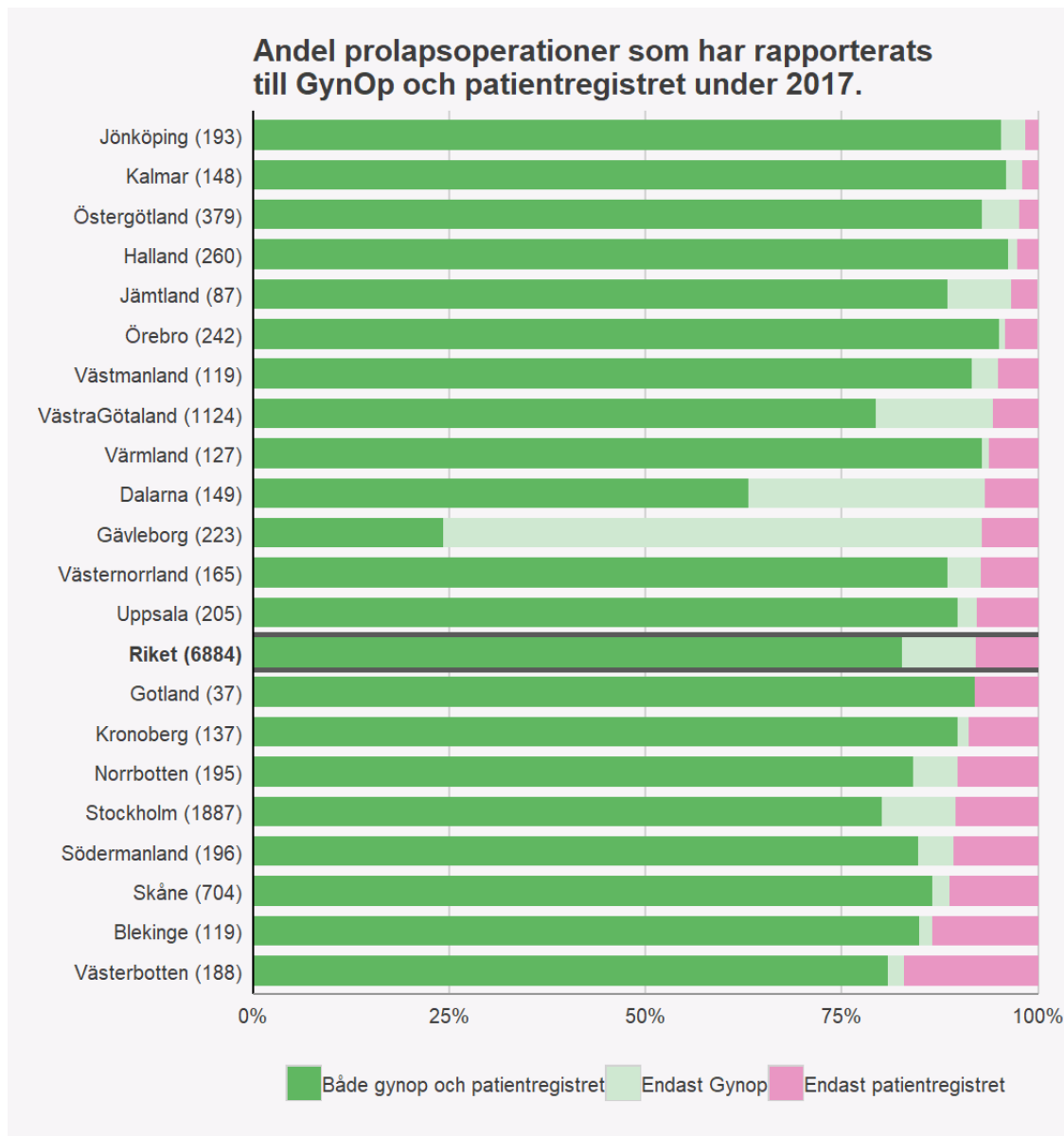


Figur 1. Antal utförda prolapsoperationer år 2017 och 2018, per klinik. Antalet opererade 2018 inom parentes efter sjukhusnamnet.



Figur 2. Antal prolapsoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35–75 år), hämtat från Gynopregistret och SCB år 2018

Tillgängligheten för prolapskirurgi skiljer sig trefalt mellan länen. Det är intressant att notera att det inte handlar om bara storstad/tätbygd kontra mindre stad/glesbygd. Skåne opererar hälften så många som Stockholm medan Västra Götaland och Jämtland ligger ganska lika. Vad som är rätt eller fel gällande operationsantal/invånare vet nog ingen men regioner som ligger långt från riksgenomsnittet bör reflektera över orsakerna. Kraftiga ökningar eller minskningar mellan åren kan bero på att en enstaka kirurg slutat eller börjat på kliniken.

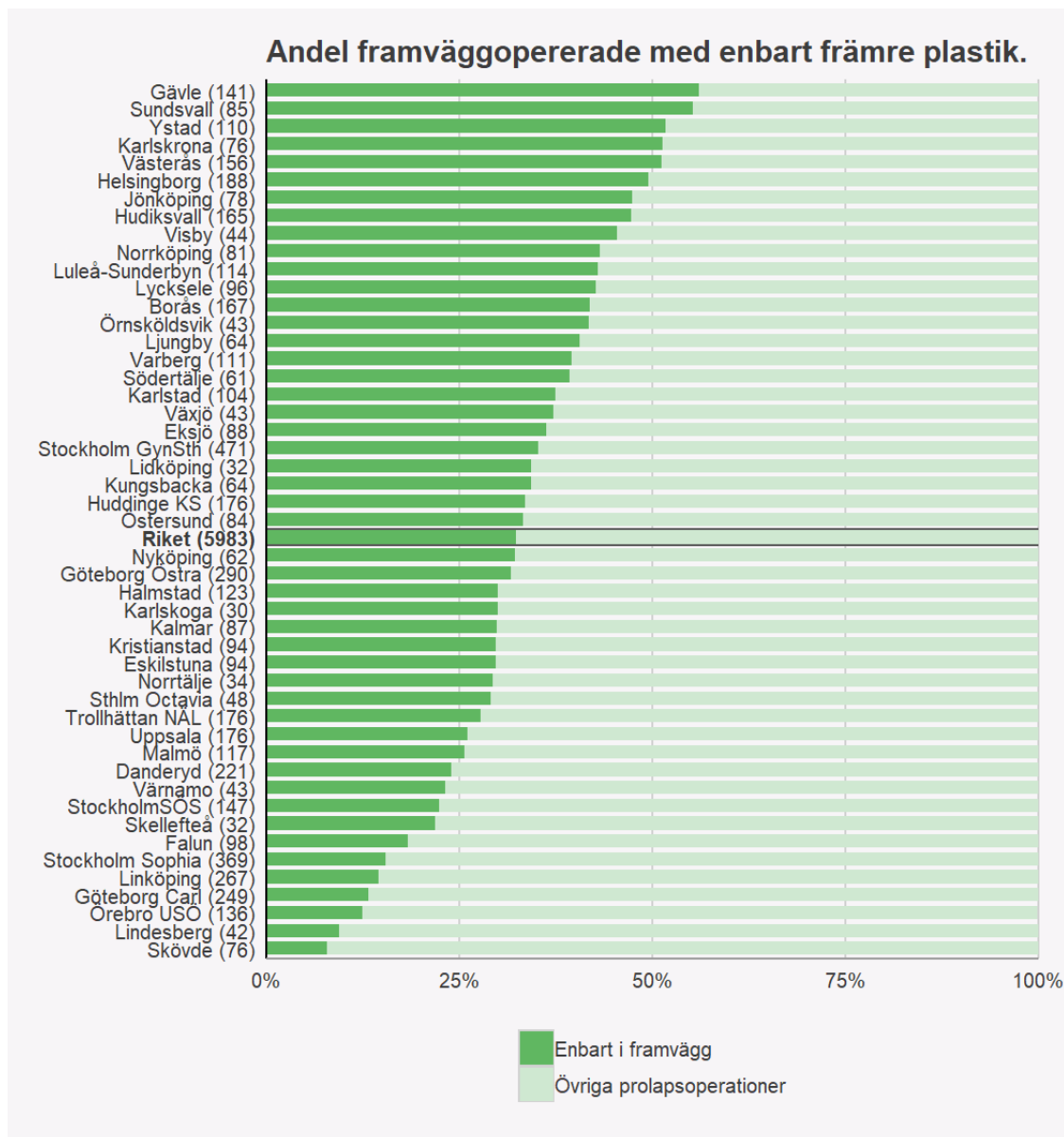


Figur 3. Andel prolapsoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2017 indelat länsvis.

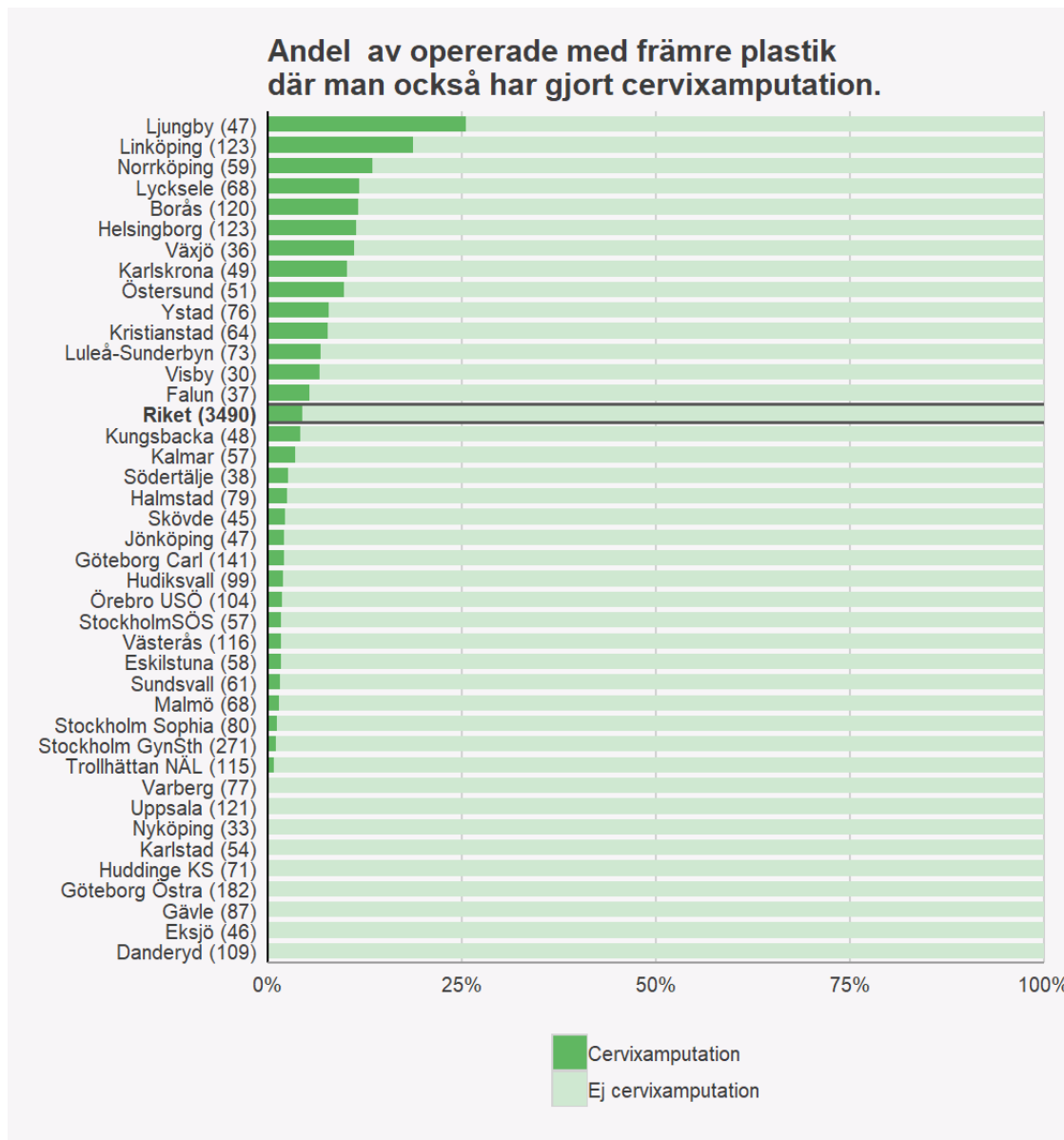
Mörkgrönt är bra. De betyder att patienten finns i både Patientregistret och i GynOp. Resultatet för hela riket är 5% bättre än föregående år. Dalarna, Stockholm och Västernorrland har förbättrat sig mest medan Gävleborg har haft ett mindre bra år när det gäller rapporteringen till Patientregistret.

Sydöstra regionen använder sedan många år GynOp-data till regional benchmarking vilket kan bidra till långa mörkgröna streck/fungerande rutiner.

Operationer uppdelat på placering



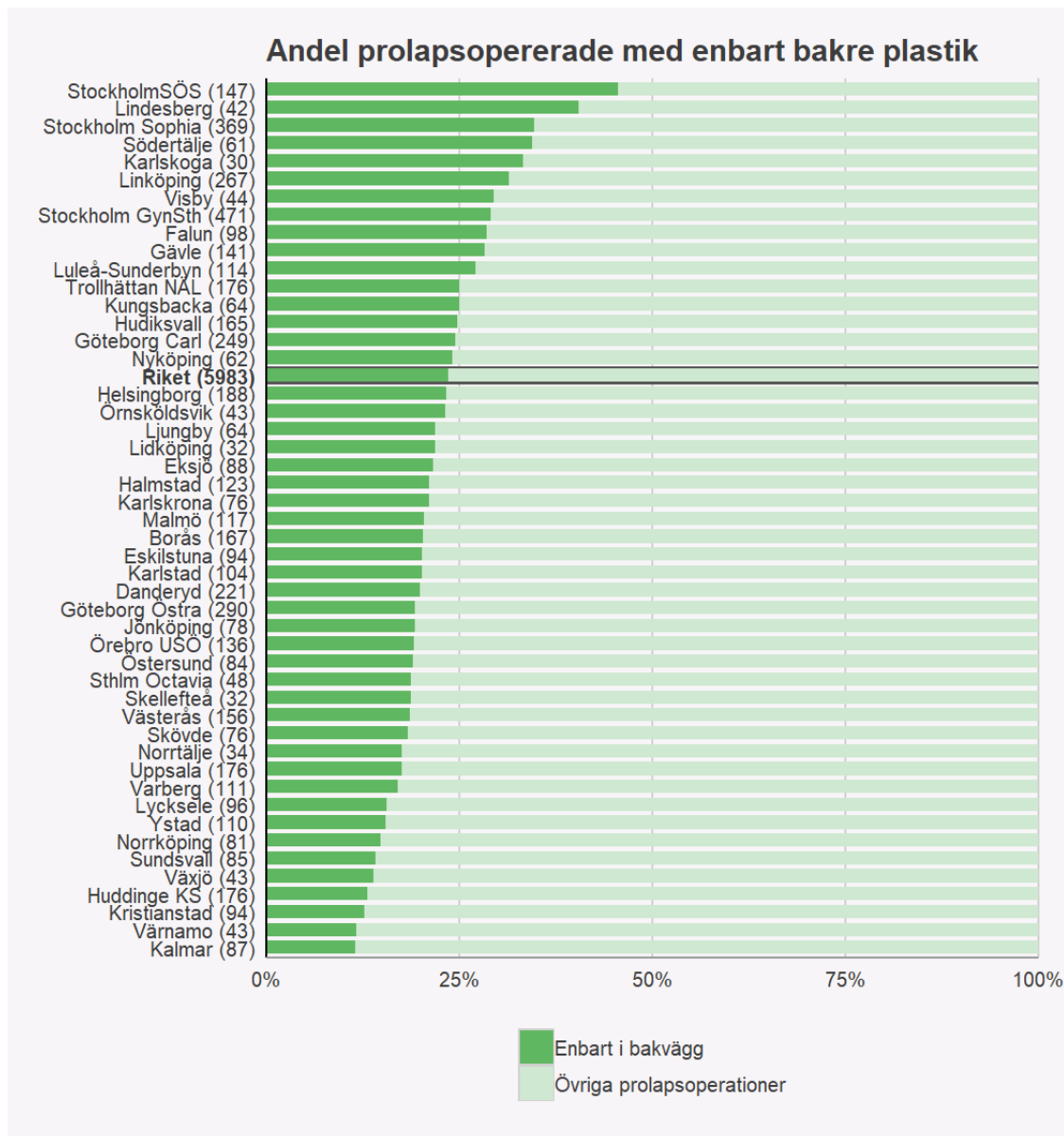
Figur 4. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan prolapsoperation.



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

Praxis varierar avsevärt mellan att göra mer än hälften av de främre plastikerna utan något annat understödande ingrepp (5 kliniker) till att göra kompletterande ingrepp hos mer än 85% (5 kliniker). Det är mer tidsödande och tekniskt krävande att göra kompletterande kirurgi med cervixamputation och/eller bakre plastik. Men långtidsresultaten verkar vara bättre med en ca tre gånger lägre risk för reoperation inom fem år(1). Här har vi inte tittat på vilken grad av symtom patienterna rapporterat före operationen.

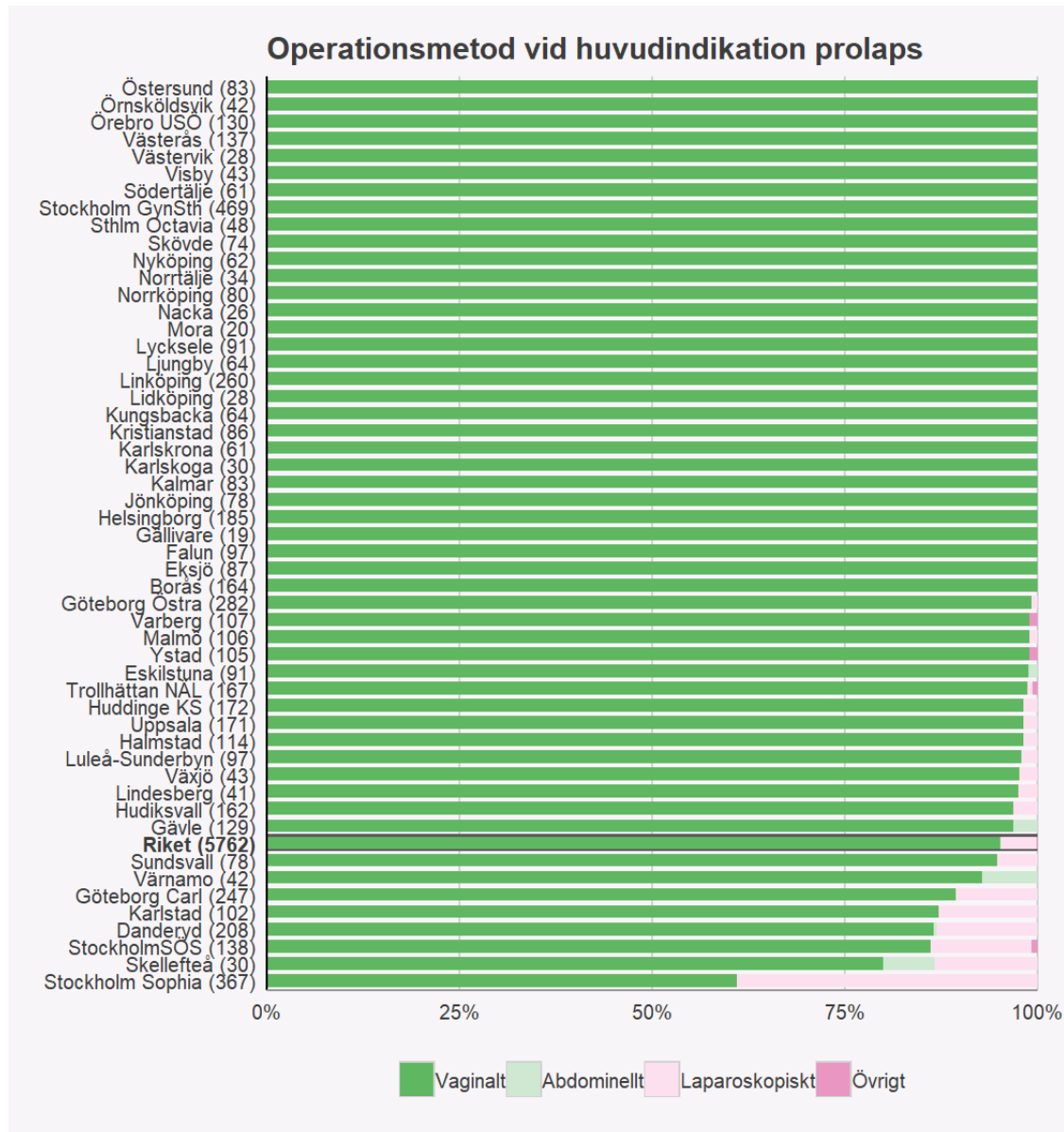
Av högvolymklinikerna (>200 operationer) gjorde alla utom en i 75% av fallen mer än enbart främre plastik jämfört med kliniker med lägre volym.



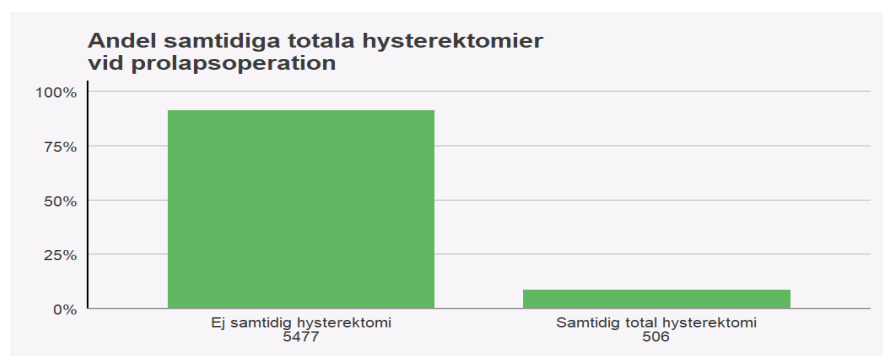
Figur 6. Andel prolapsopererade med enbart bakre plastik utan annan prolapsoperation år 2017

Ovanstående figur kan avspegla att många kliniker även registrerar och gör rekonstruktiv kirurgi efter förlossningskada där man oftast bara opererar i bakväggen. Det är ju inte alltid ännu ett utvecklat rektocel utan mer en defekt i mellangårdens muskelfästen. Operationskoden bakre plastik blir densamma. Ännu har vi i GynOp inte något sätt att särskilja status för mellangårdens morfologi före operationen men det är på gång. Klinikerna ligger mycket lika jämfört med föregående år.

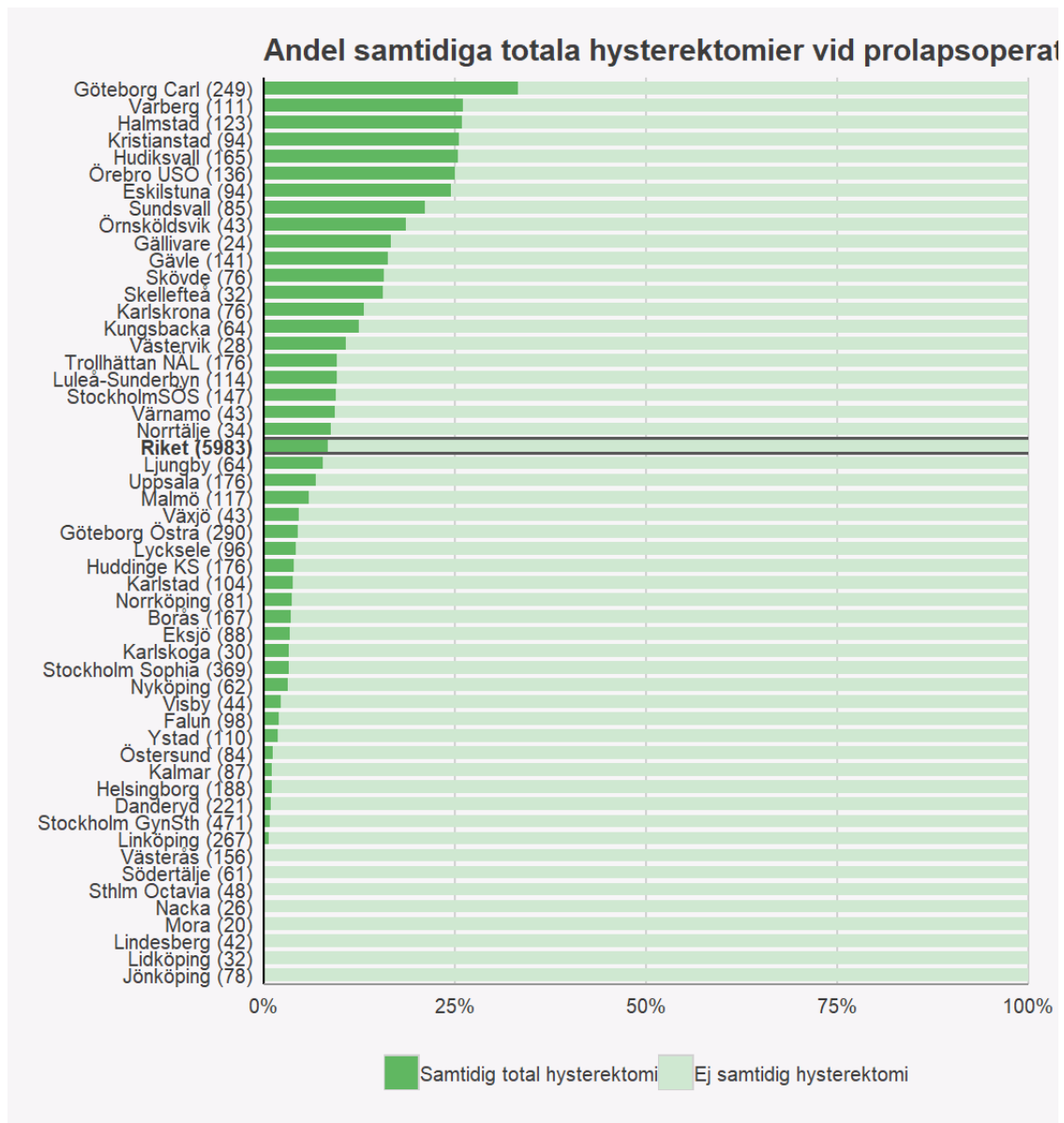
Operationsmetoder



Figur 7. Operationsmetod vid huvudindikation prolaps



Figur 8. Andel samtidiga totala hysterektomier vid prolapsoperation



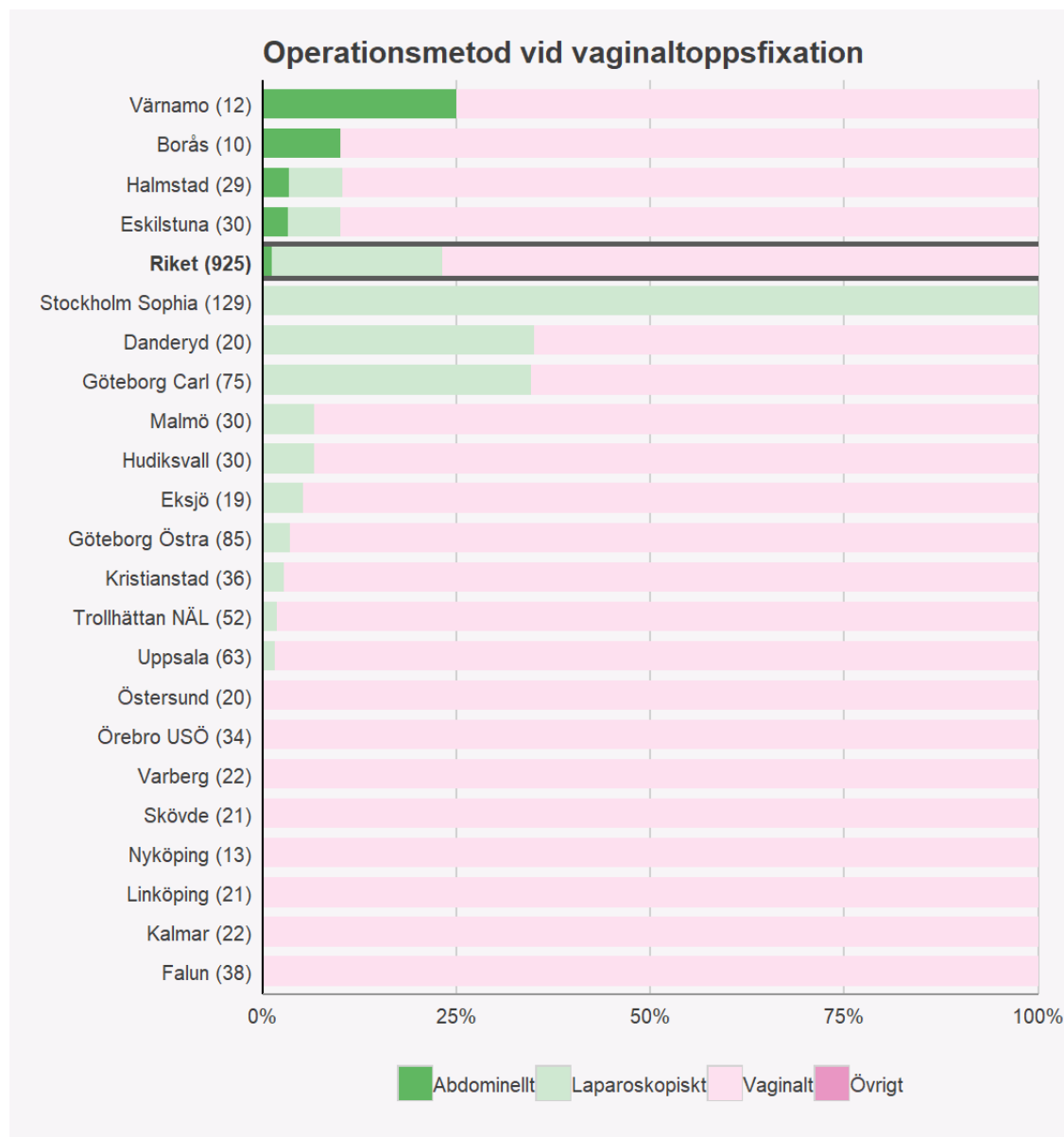
Figur 9. Andel samtidiga totala hysterektomier vid prolapsoperation uppdelat per klinik.

Här har praxis ändrats under de senaste åren och färre gör hysterektomi vid prolaps. Förrförra året rapporterade 6 kliniker i mer än 30 % av ingreppen samtidig hysterektomi, förra året är det bara en klinik kvar på den nivån. Dock görs fortfarande 5 gånger så många hysterektomier som cervixamputationer trots att resultaten inte är bättre men komplikationerna mer omfattande när hela uterus tas bort(2).

På senare år har vaginaltopps-/apikal prolaps blivit intressant för kliniker då man har operationskapacitet i robot. UR-Arg har påbörjat ett arbete med att hitta en evidensbaserad vägledning för vilken operationsmetod som är lämplig att använda beroende på patientens karakteristika och inte beroende på tillgången på operationsmetod.

Operationsmetod vid vaginaltoppsfixation

incision	Implantat	Antal	Andel
Abdominellt	Ja	10	90.9%
Abdominellt	Nej	1	9.1%
Laparoskopiskt	Ja	177	86.8%
Laparoskopiskt	Nej	27	13.2%
Vaginalt	Ja	63	8.9%
Vaginalt	Nej	647	91.1%

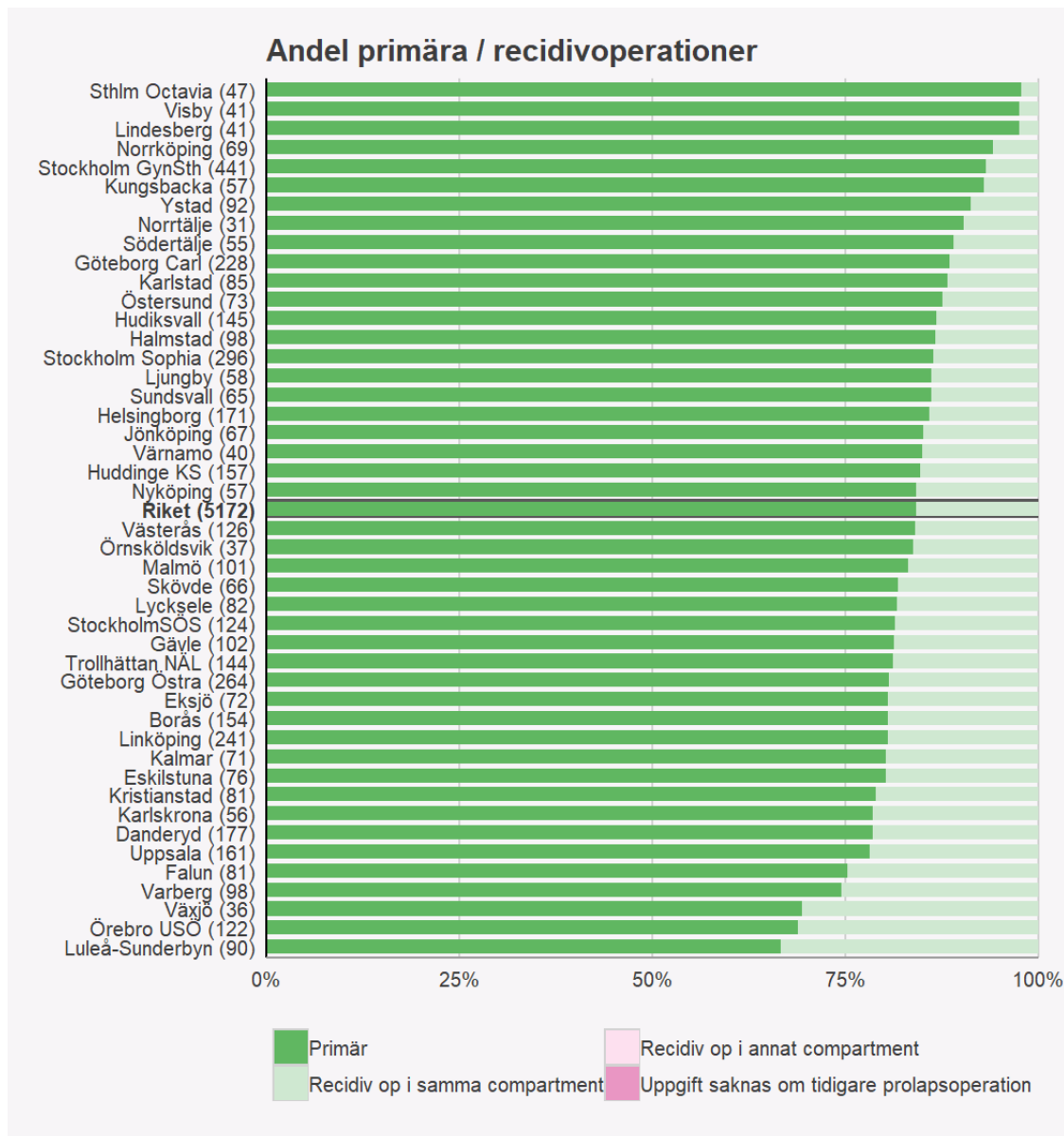


Figur 10. Operationsmetod vid vaginaltoppsfixation

Implantat används i mindre utsträckning vid vaginal kirurgi jämfört med abdominell eller laparoskopisk kirurgi av apikal prolaps.

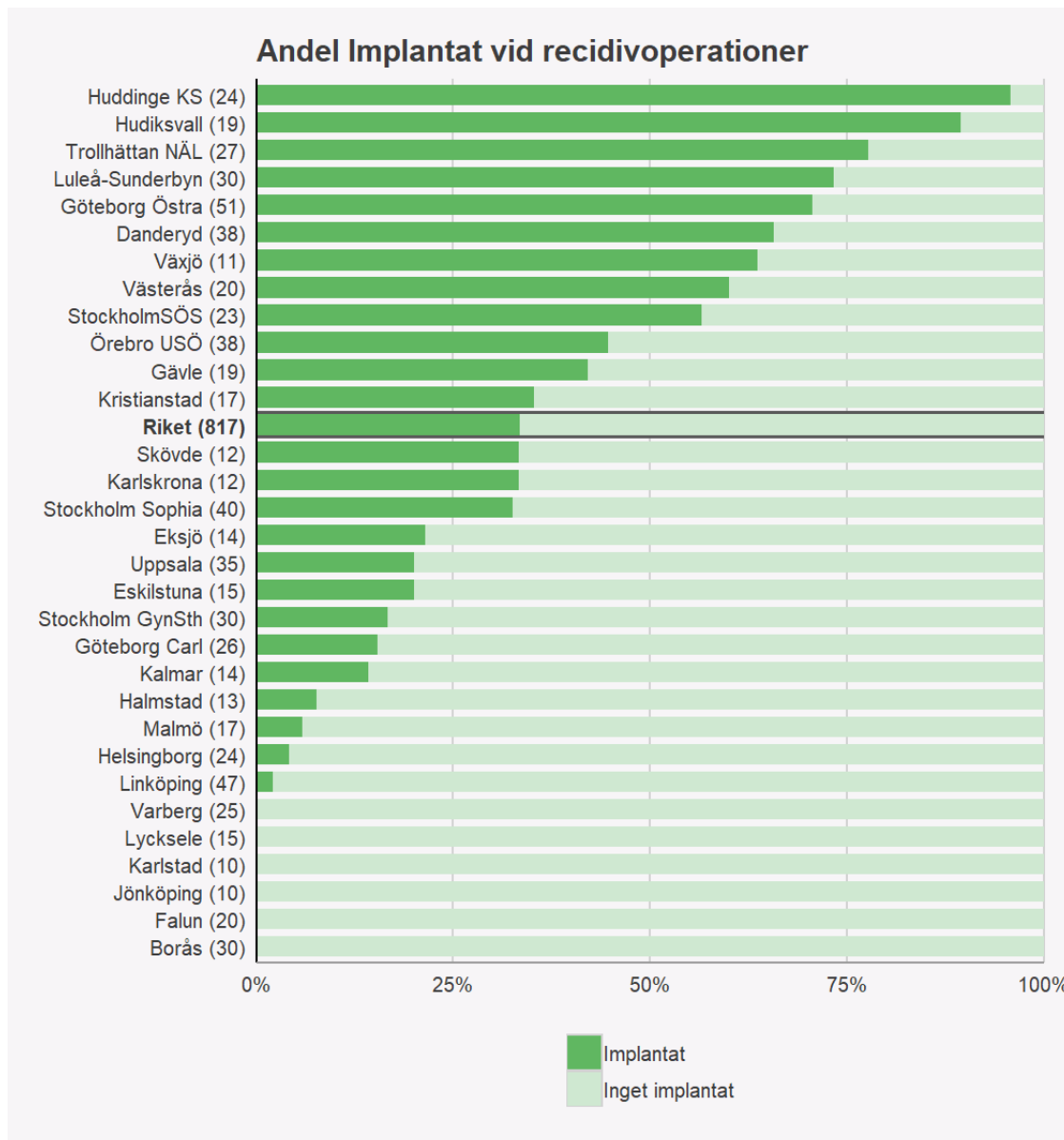
De flesta prolapsoperationer görs med PDS som suturval. Det är glädjande att andelen har ökat med 4% sedan förra rapporten vilket är i linje med tillgänglig evidens(3).

Suturmaterial	Antal	Andel
PDS	1914	54.8%
Vicryl	652	18.7%
Polysorb	301	8.6%
Biosyn	210	6.0%
Ej aktuellt att suturera	152	4.4%
Maxon	76	2.2%
PDS Plus	60	1.7%
Ethibond	37	1.1%
Prolene/Polypropylene	25	0.7%
Monocryl	21	0.6%
Vicryl Plus	16	0.5%
Ej suturerat	8	0.2%
Monocryl Plus	4	0.1%
Ej angiven resorberbar	3	0.1%
Saknas	3	0.1%
Uppgift saknas	2	0.1%
Caprosyn	2	0.1%
Vicryl Rapid	2	0.1%
Annan	2	0.1%



Figur 12. Andel primära/recidivoperationer år 2018

Här skiljer det sig mellan klinikerna, möjligen beroende på att vissa kliniker skickar remisser för sin recidivkirurgi inom staden.

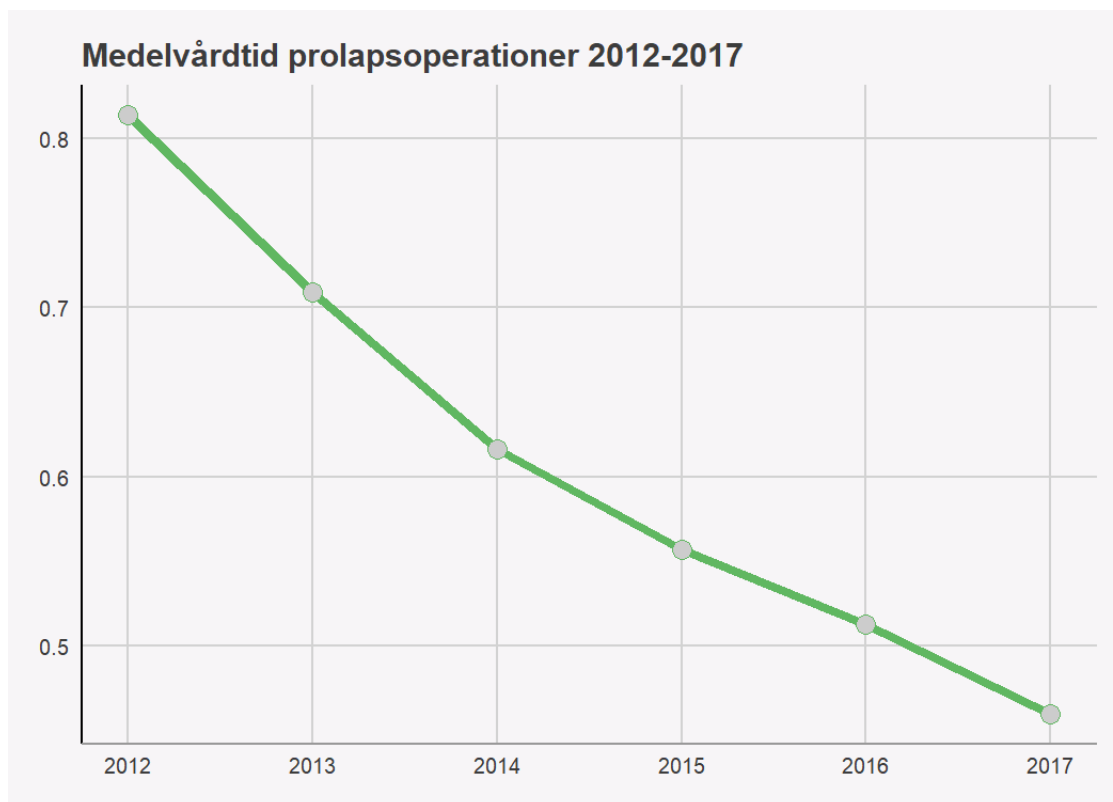


Figur 13. Andel implantat vid recidivoperationer år 2017.

Användningen av implantat vid recidivoperationer har minskat för hela riket med ca 10 %. Det innebär att implantatkirurgi börjar bli ett ingrepp som är så sällsynt att det kanske bör regionaliseras i högre utsträckning.

Vårdtid

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

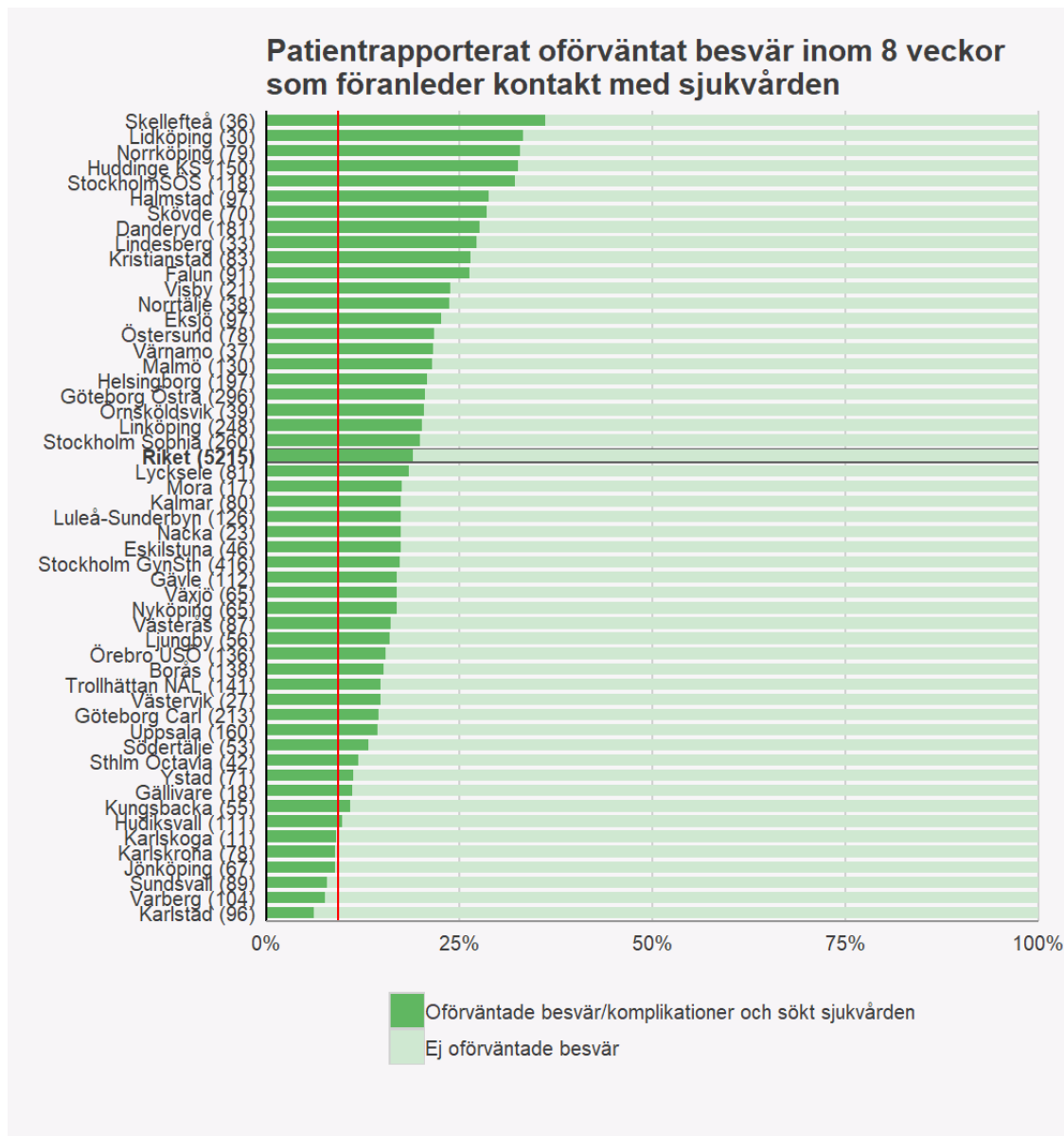


Figur 14. Medelvårdtid prolapsoperationer 2012–2017

Besvär och komplikationer

	n
Inga oförväntade besvär/komplikationer	3110
Uppgivit oförväntade besvär/ komplikationer men ej uppgivit/behövt söka sjukvården	1115
Oförväntade besvär/komplikationer och sökt sjukvården	990

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

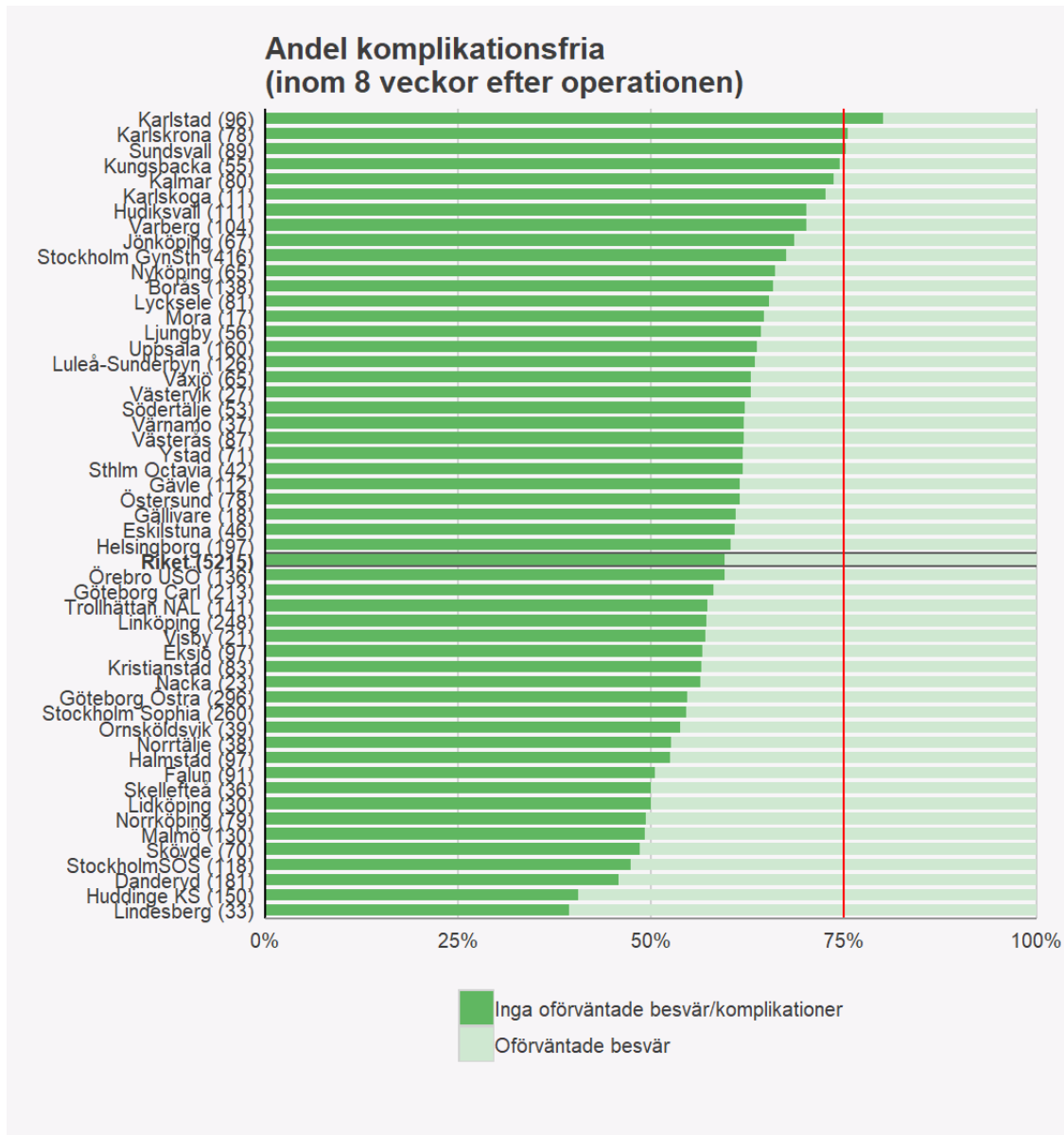


Figur 15. Patientrapporterat oförväntat besvär inom 8 veckor som föranleder kontakt med sjukvården

Här har vi satt ett målvärde (utifrån att man kan ligga lägre än den 10:e percentilen) som uppnås av 6 kliniker. Målvärde: Andelen oförväntade besvär <9,34%, förra året var det <10,6%, således en liten förbättring.

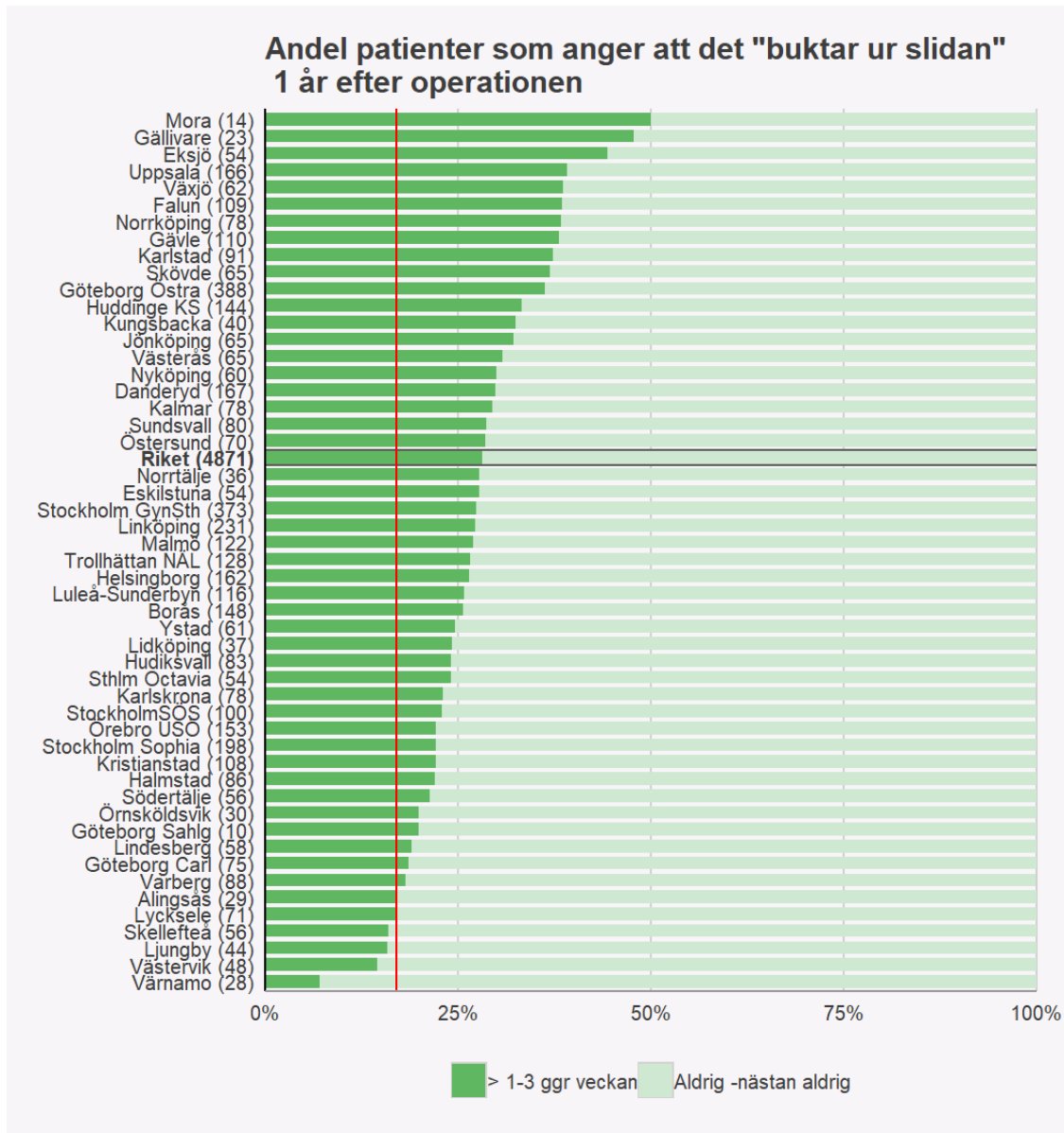
En utförlig patientinformation är viktig för att ge patienten trygghet i det postoperativa förloppet. En stor andel fritextsvar handlar om tarmtömningsbesvär. Relevant rådgivning och förebyggande behandling är viktig.

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



Figur 16. Andel komplikationsfria (inom 8 veckor efter operationen)

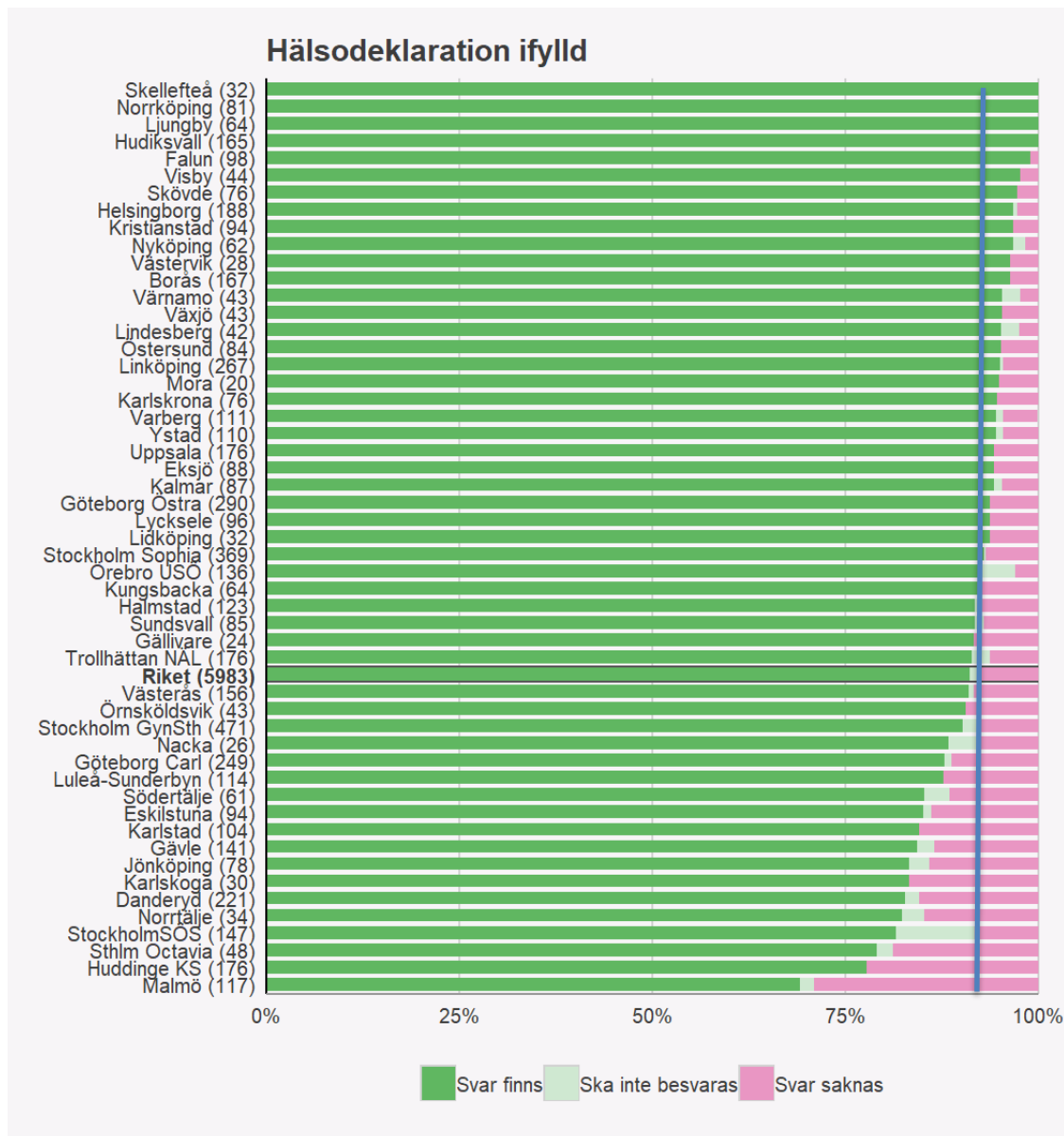
Här är målvärdet att minst 75% av de opererade har inga oförväntade besvär eller komplikationer. Förra året klarade 13 kliniker målvärdet, i år är det bara 2 kliniker. Riksvärdet har sjunkit från 65 till 61%.



Figur 17. Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen

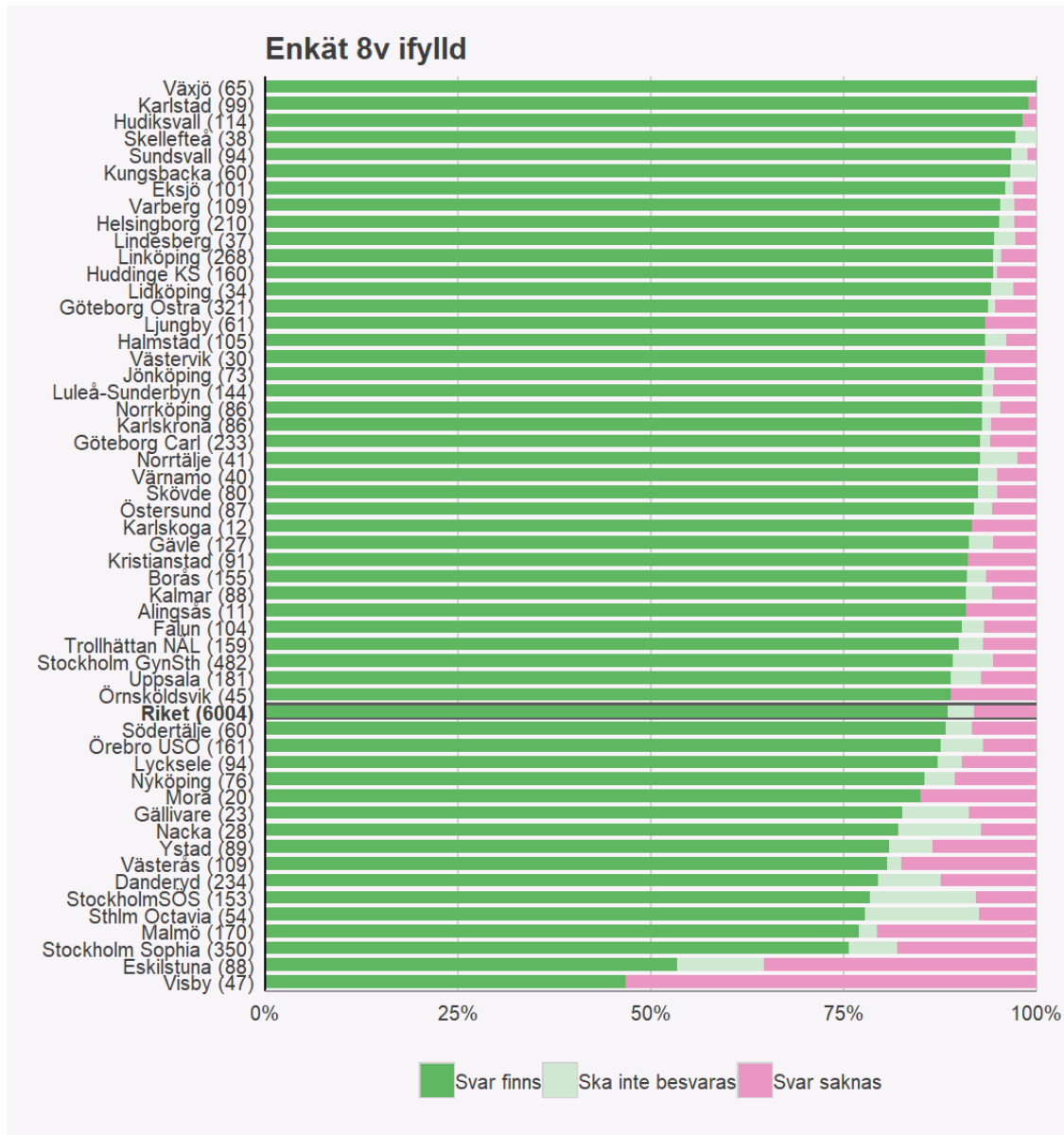
Målvärde: Lägre än den 10:e percentilen; "buktar ut ur slidan" <17,0%. Förra årets värde var <14,9%, således en försämring. Vi vet inte om det är den del som opererats eller en ny del som kommit ned eftersom det bygger på patientens uppfattning.

Svarsfrekvens för enkäter

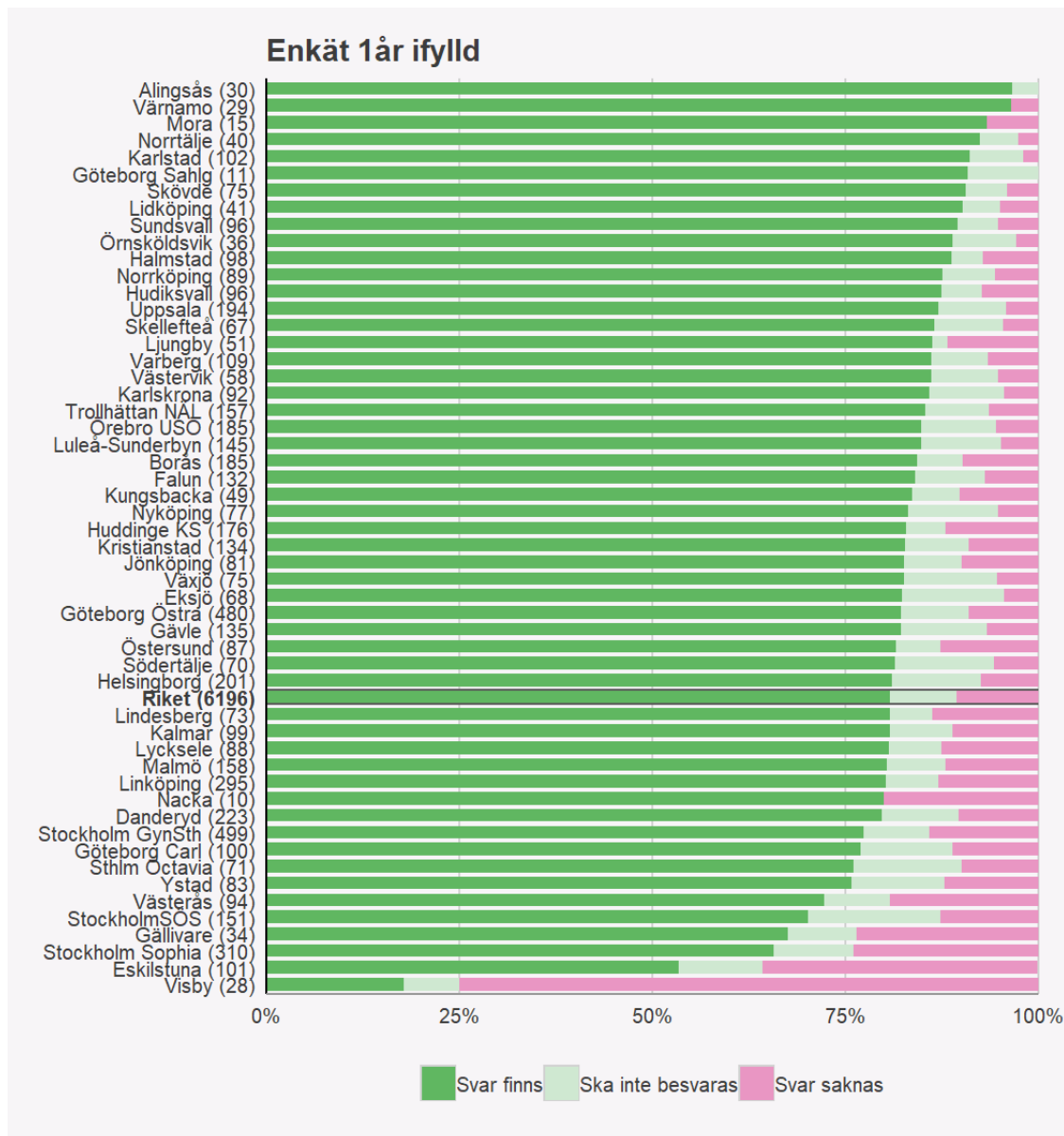


Figur 18. Preoperativa enkäten ifylld

Här föreslår vi ett målvärde på 90%, vilket motsvarar medelvärdet för riket. Kliniken kan använda dessa värden i sin interna kvalitetsuppföljning. På kliniker där det saknas vårdadministratörer är det större problem än på kliniker där det finns eldsjälarna som ser till att patienterna kommer in i registret.



Figur 19. Enkät efter 8 veckor ifylld



Figur 20. Enkät efter ett år ifylld

De administrativa rutinerna kring operationsplanering och dokumentation påverkar svarsfrekvensen. Blir bortfallet stort riskerar man att missa kvalitetsuppföljningen.

GynOp-enkäterna allmänt har en bra svarsfrekvens vilket är glädjande. Efter 8 veckor svarar 90% och 82% svarar efter ett år. Våra patienter vill kommunicera med oss och om vi lyssnar kan vi bli bättre på att förbereda, utföra och följa upp prolapskirurgin.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Benchmarking	Riktmärkning, prestandajämförelse eller prestandamätning
Cervixamputation	Borttagande av vaginaltoppen
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Implantat	Nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.
Percentil	Datamaterialet delas in i 100 lika stora delar. 25:e percentilen motsvaras då av 25% av hela datamaterialet.
Prolaps	Framfall
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Rektocele	Bakre framfall, ändtarmen buktar in i slidan
UR-ARG	Arbetsgrupp för urogynekologi inom specialistföreningen för obstetrik och gynekologi.

Referenser

1. Oversand SH, Staff AC, Spydslaug AE, Svenningsen R, Borstad E. Long-term follow-up after native tissue repair for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):81-9.
2. 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.
3. 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.