

Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2020

Författare:

Ida Bergman

Registeransvarig för delregistret för rekonstruktiv
bäckenbottenkirurgi

MD, PhD, Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Jessica Edlund och Gabriel Granåsen, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2021-05-05



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	1
Summering av datakvalitet	2
Antal utförda operationer	3
Antal prolapsoperationer år 2020 jämfört med år 2019	3
Dagkirurgiska ingrepp	5
Operationsmetoder och volym per kirurg	7
Demografi	10
Ålder	10
BMI	11
ASA-klass	12
Preoperativt prolapsstadium	13
Primär- kontra recidivoperationer	14
Resultat – alla prolapsoperationer	15
Globuskänsla ett år postoperativt	15
Nöjdhet ett år postoperativt	16
Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt	17
Sjukskrivning	18
Postoperativ patientinformation	20
Främre plastik	21
Bakre plastik och perinealkroppsplastik	25
Apikal defekt	30
Vaginal nätkirurgi	33
Sekundära analsfinkterrekonstruktioner	37
Avslutande kommentarer	38
Ordlista	39
Referenser	41

Inledning

Nedan följer årsrapporten som innefattar rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. I årsrapporten ingår prolapsoperationer, perinealkroppsrekonstruktioner och sekundära analsfinkterrekonstruktioner. Totalt gjordes 109 kombinerade prolaps- och inkontinensoperationer i Sverige under 2020, dessa är exkluderade i denna rapport.

Läsaren bör som vanligt ha i åtanke att produktionsdata (till exempel antal operationer) och komplikationsdata inom 8 veckor avser patienter som opererats under det gångna kalenderåret (2020). Däremot redovisar 1-årsresultaten hur det gått för de kvinnor vi opererat under kalenderåret 2019.

På grund av pandemin var år 2020 på många kliniker ett lågproduktionsår. Den icke-akuta kirurgin har fått stå tillbaka. Vi ser en betydande nedgång i antal prolapsoperationer när första vågen av Covid-19 började svepa över riket.

Vi har valt att gå ifrån begreppet standardpatient eftersom detta genom åren inte medfört något betydande mervärde. En standardpatient innebar en kvinna som är <80 år med BMI <35 och ASA-kategori 1–2. Kategoriseringen är väldigt grov och stor spridning gällande demografiska karakteristika kvarstår. En 78-årig patient med BMI 34 kan inte jämföras med en 45-åring med BMI 24. Dessutom vet vi i dagsläget att det finns väldigt många andra viktiga faktorer som påverkar återfallsrisken efter framfallskirurgi som vi inte ”justerar för” hos standardpatienten. De mest betydande riskfaktorerna är levatorskada samt graden av framfall innan operation.¹⁻⁴ I årets rapport har vi istället valt att redovisa demografiska variabler som ålder, BMI och preoperativt prolapsstadium per klinik.

Valet av operationsmetod vid apikal prolaps är ett omdiskuterat ämne. UR-ARG arbetar för fullt med att sammanställa SFOG-råd kring ämnet. I denna rapport fortsätter vi att redovisa hur olika klinikerna runtom i Sverige gör och hur trenden gällande de olika metodernas popularitet sett ut senaste 10 åren.

Hoppas ni får en intressant och givande lässtund. Vi hoppas också att rapporten stimulerar till fortsatt förbättringsarbete så att våra patienter kan få bästa möjliga vård.

Summering av datakvalitet

Nytt för i år är att GynOp har tagit fram en särskild "datakvalitetsrapport", som finns på hemsidan www.gynop.se. I den rapporten framgår varje delregisters täckningsgrad (antal operationer registrerade i GynOp i jämförelse med antal registrerade operationer i Patientregistret hos Socialstyrelsen). Per klinik redovisas andelen ifyllda läkarformulär, andel utskickade enkäter samt svarsfrekvenser för enkäterna. Sammanfattningsvis är saknade uppgifter inte ett stort bekymmer för delregistret "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi".

Nedan listas riksgenomsnitt för några viktiga datakvalitetsaspekter:

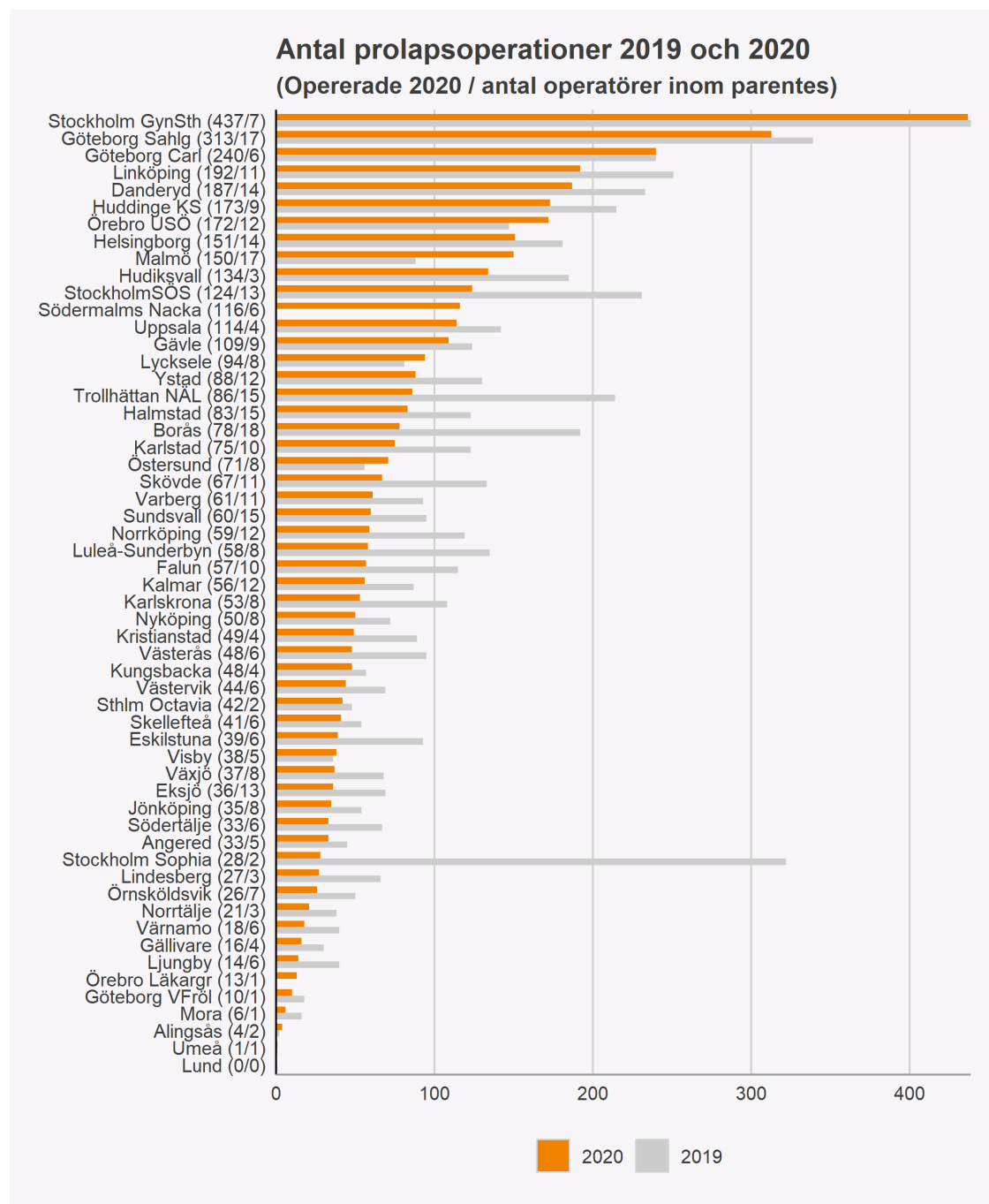
- Endast 9 % av operationerna som är registrerade i Socialstyrelsens patientregister saknas i GynOp (uppgiften avser operationer utförda år 2019). Fler operationer finns registrerade i GynOp-registret (n=6344) jämfört med Socialstyrelsens patientregister (n=5822).
- Svarsfrekvensen för den preoperativa enkäten är 94 %
- Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten är 87 %
- Svarsfrekvensen för 1-årskäten är 84 %
- Av alla formulär som skall fyllas i av läkare (anamnes/status, operation, utskrivning) är 93% ifyllda (gäller när operationsformuläret är ifyllt). Av de ifyllda operationsformulären är nästintill 100% komplett ifyllda.

Vi uppmuntrar starkt till att varje klinik granskar hur man ligger till avseende parametrar i den separata datakvalitetsrapporten som ni hittar på GynOps hemsida. Även om helheten är mycket väl godkänd bör vissa kliniker se över sina rutiner.

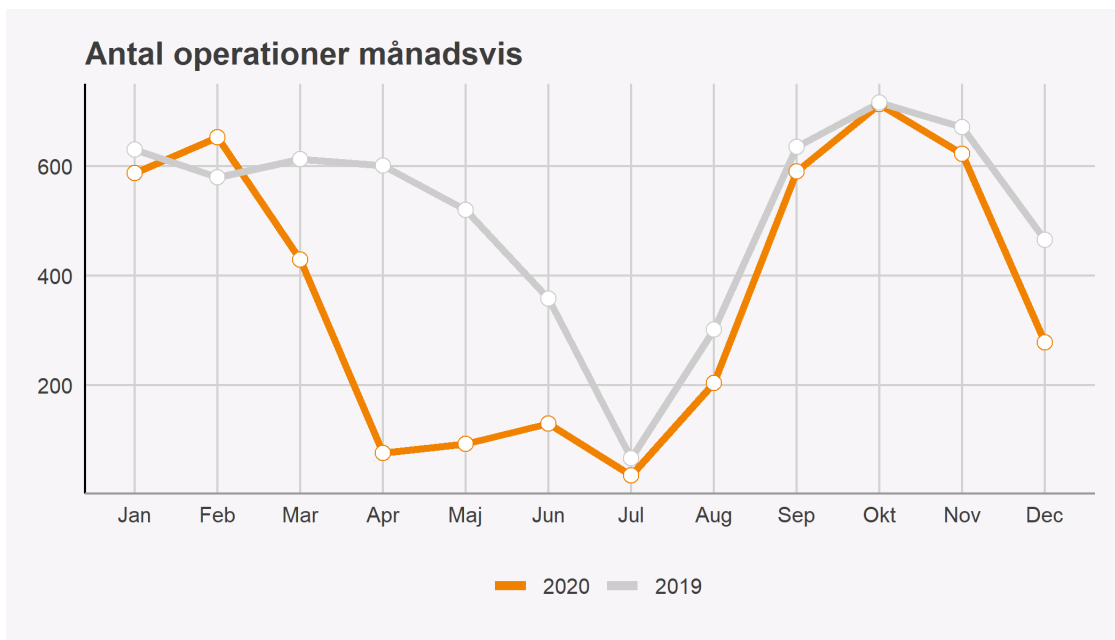
Antal utförda operationer

Antal prolapsoperationer år 2020 jämfört med år 2019

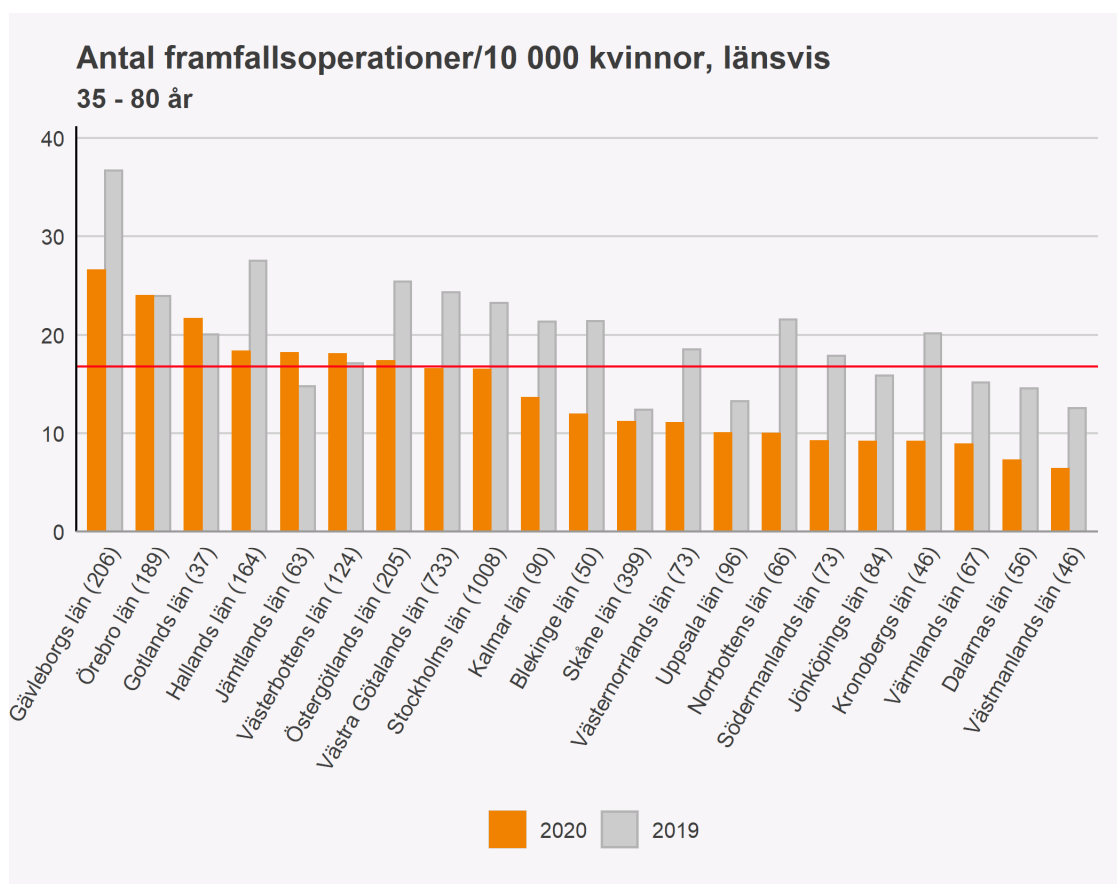
Produktionssiffran för riket har under senaste åren legat kring dryga 6000 operationer. Under pandemiåret 2020 registrerades enbart 4409 ingrepp. Figuren nedan illustrerar det totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med år 2019. Majoriteten av klinikerna har varit tvungna att trappa ner sin benigna kirurgiska verksamhet. Privata aktörer verkar ha kunnat jobba på nästan som vanligt.



Figur 1. Antal prolapsoperationer år 2019 och 2020.

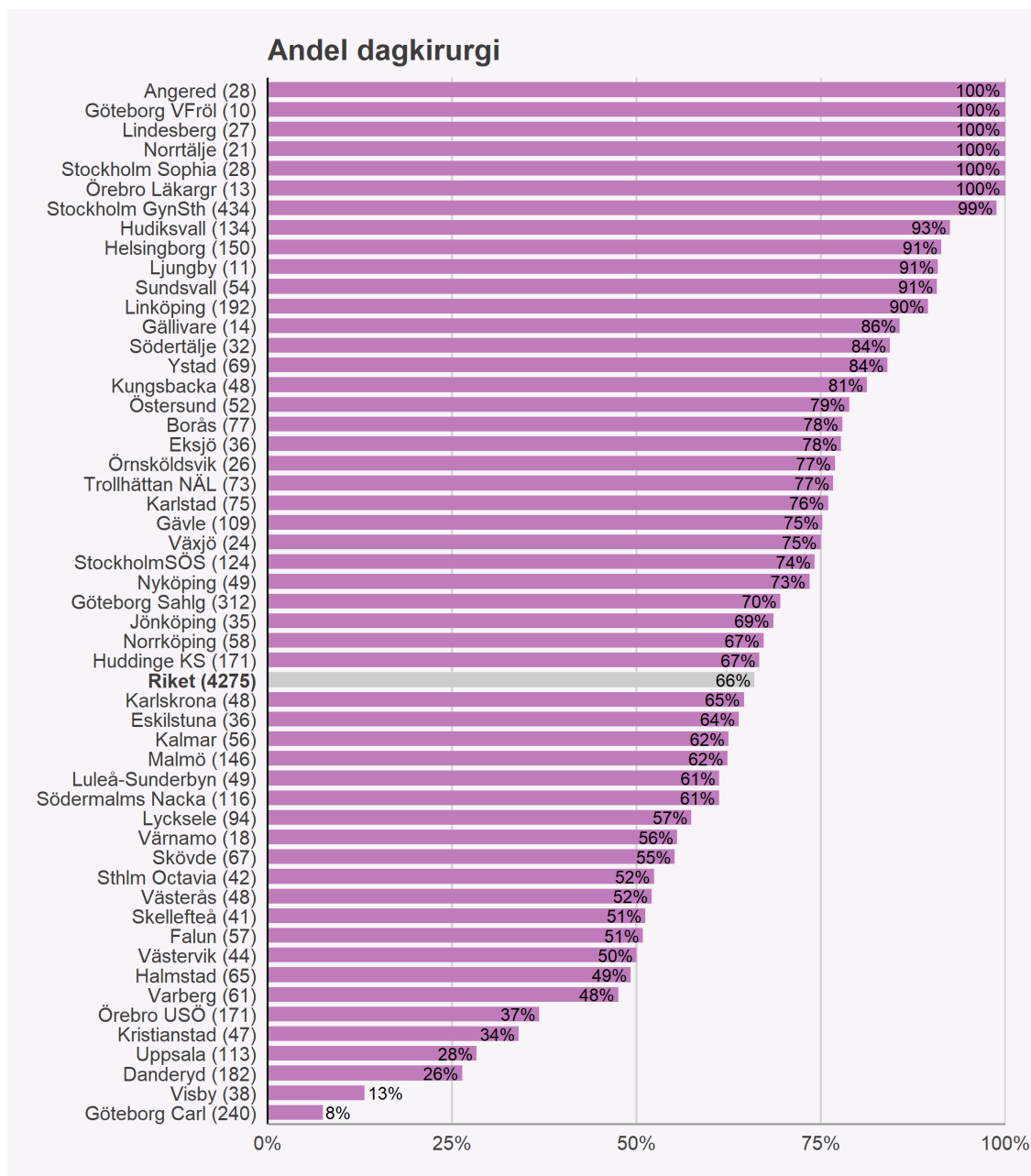


Figur 2. Antalet framfallsoperationer månadsvis för hela riket. Pandemins undanträngningseffekt på framfallskirurgin framgår tydligt.



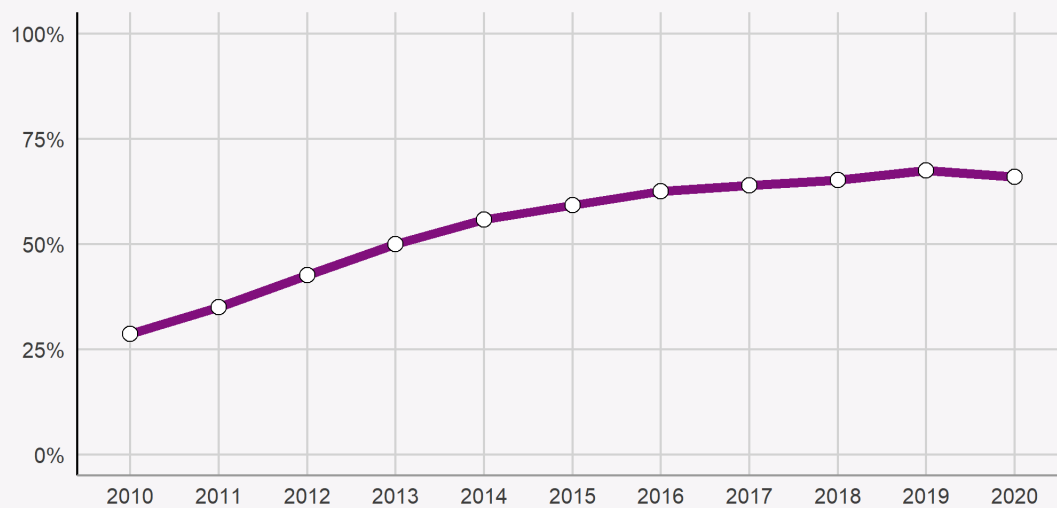
Figur 3. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor, länsvis (ålder 35–80 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2020. Inom parentes visas antalet opererade för 2020 (Data är standardiserat mot ålder i 5-årsintervall).

Dagkirurgiska ingrepp



Figur 4. Andel dagkirurgi. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

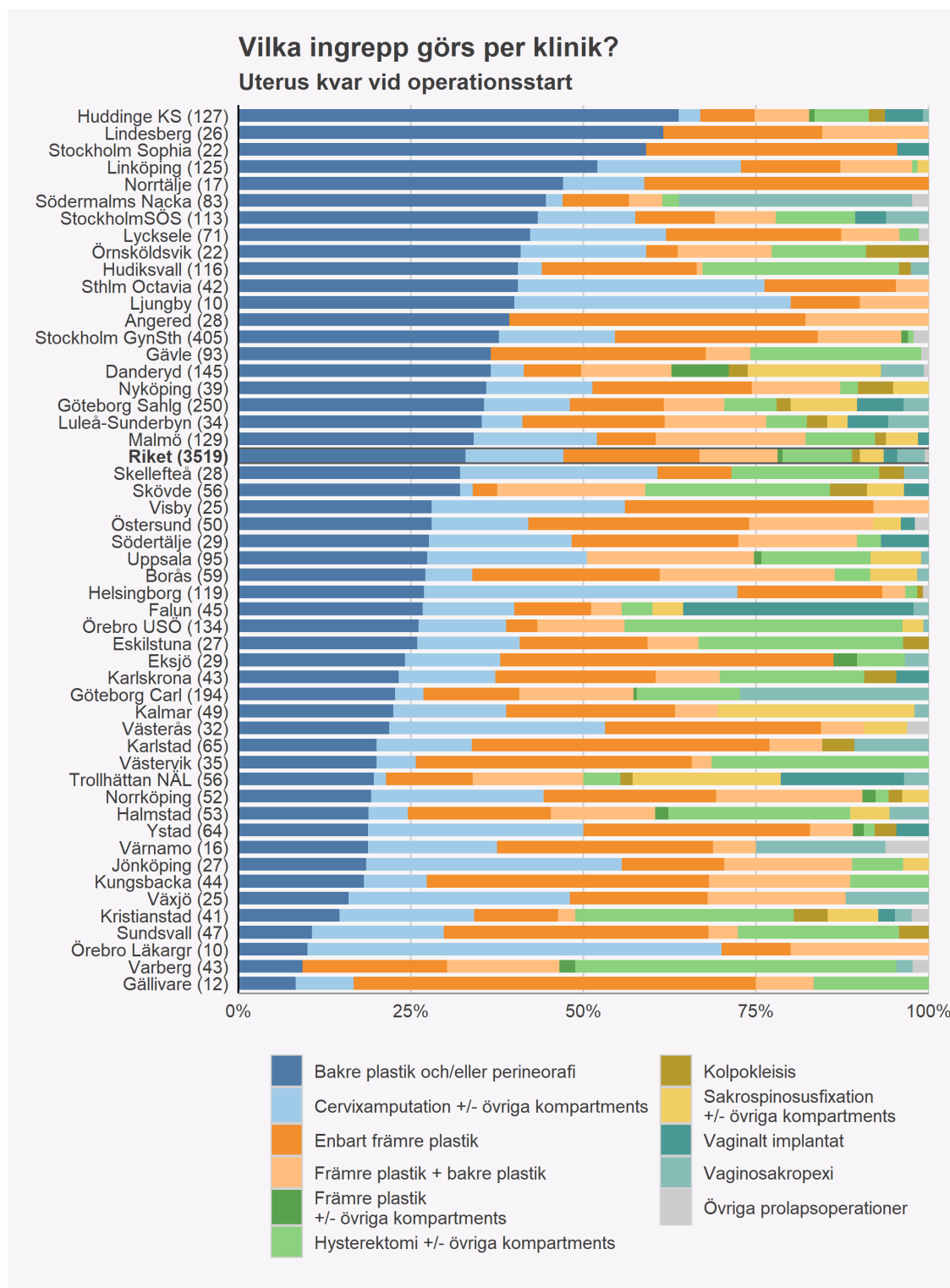
Andel dagkirurgi 2010 - 2020



Figur 5. Andel dagkirurgi år 2010–2020.

Operationsmetoder och volym per kirurg

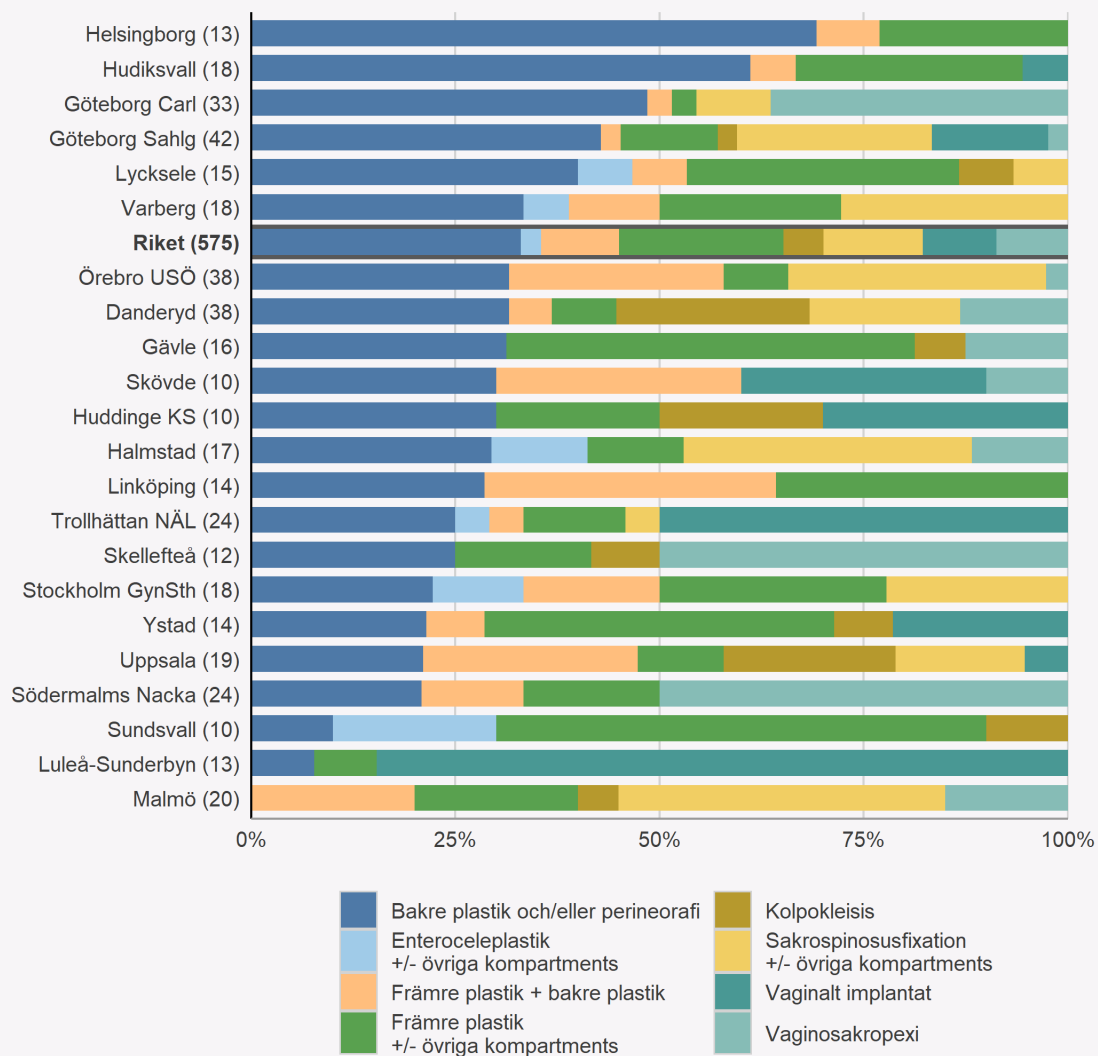
Nytt för i år är att vi redovisar vilka ingrepp som görs på de olika klinikerna uppdelat på om uterus finns kvar eller ej vid operationsstart. "Övriga operationer" kan till exempel vara sfinkterrekonstruktion, plissering av sakrouterinligament eller enteroceleplastik.



Figur 6. Vilka ingrepp görs per klinik? (när uterus finns kvar vid operationsstart).

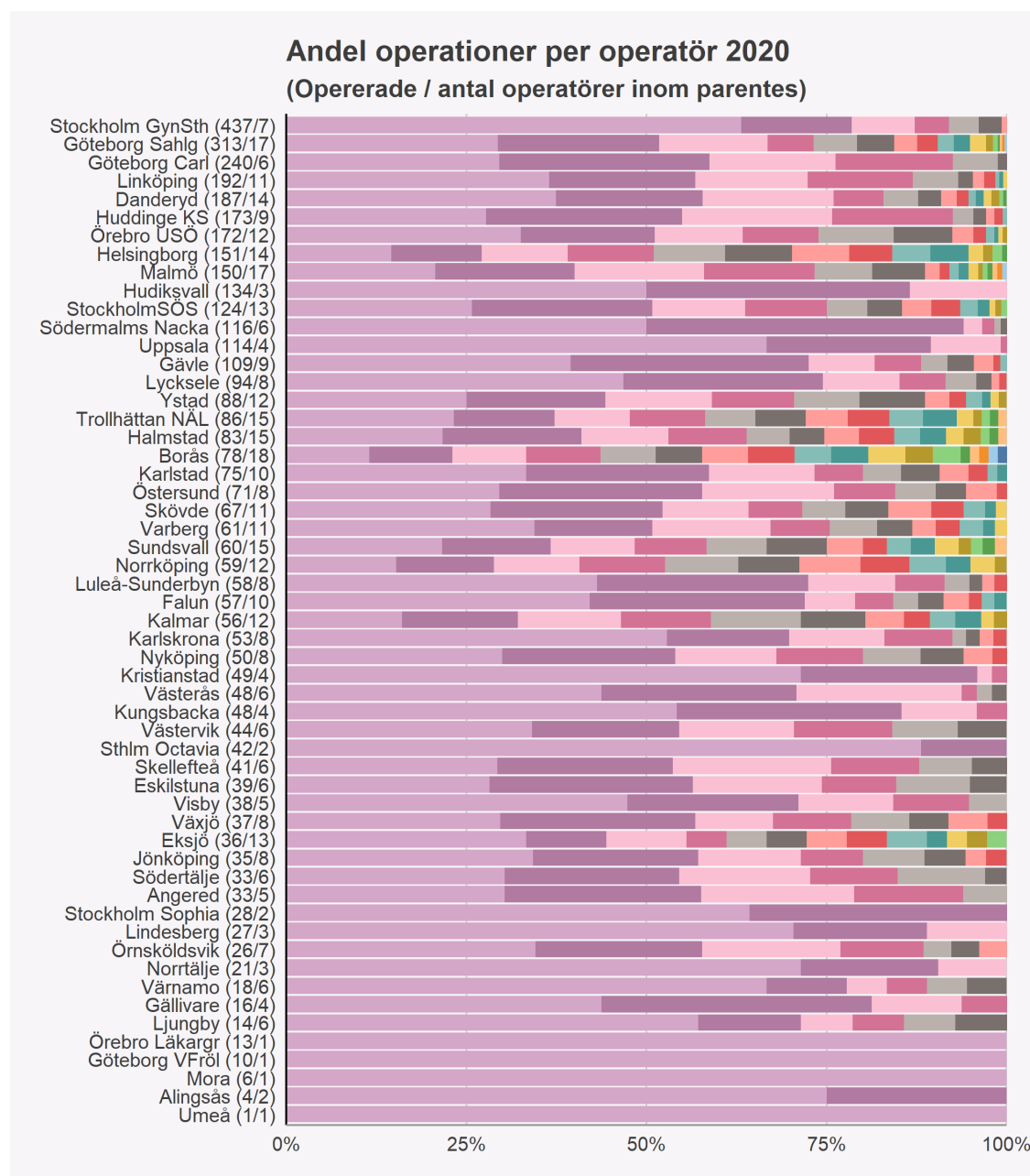
Vilka ingrepp görs per klinik?

Uterus saknas vid operationsstart



Figur 7. Vilka ingrepp görs per klinik? (när uterus saknas vid operationsstart).

Vi har även valt att redovisa hur många operatörer det finns registrerade per klinik och hur stor andel av klinikkens operationer varje operatör är huvudansvarig för. Kliniker med många vackra regnbågsfärger är sannolikt kliniker med ST-läkaruppslag där en specialist i de flesta fallen sufflerar.



Figur 8. Andel operationer per operatör 2020. Varje operatör representeras av en färg i klinikkens stapel. Första siffran inom parentes visar antalet operationer, andra siffran visar antalet operatörer.

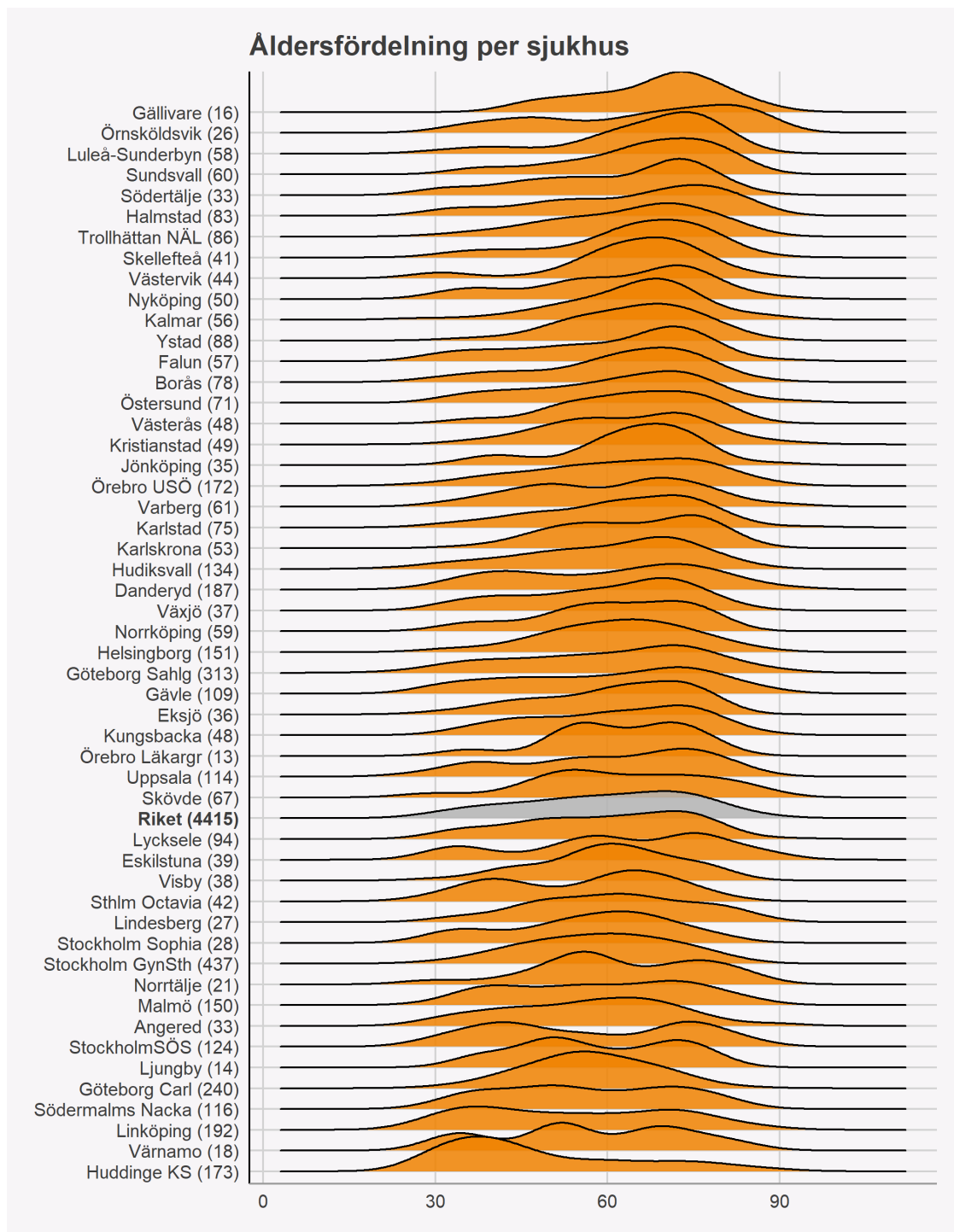
(Observera att detta är klinikkens egenrapporterade uppgifter. Om en och samma läkare förekommer med flera identiteter i registret, till exempel på grund av man lagt upp flera användare för samma läkare, så registreras detta också som flera operatörer om personen använder än den ena och än den andra identiteten. Självklart kan även rena felregistreringar förekomma. Varje klinik måste själv se till att städa i sin operatörslista i GynOp och varje operatör måste se till att korrekt huvudoperatör registreras.)

Demografi

I detta kapitel vill vi ge klinikerna en chans att bilda sig en uppfattning om hur populationen de opererat ser ut. Ålder, BMI, funktionsnivå, primär- kontra recidivoperation och preoperativt prolapsstadium kan spela roll för utfallet.

Ålder

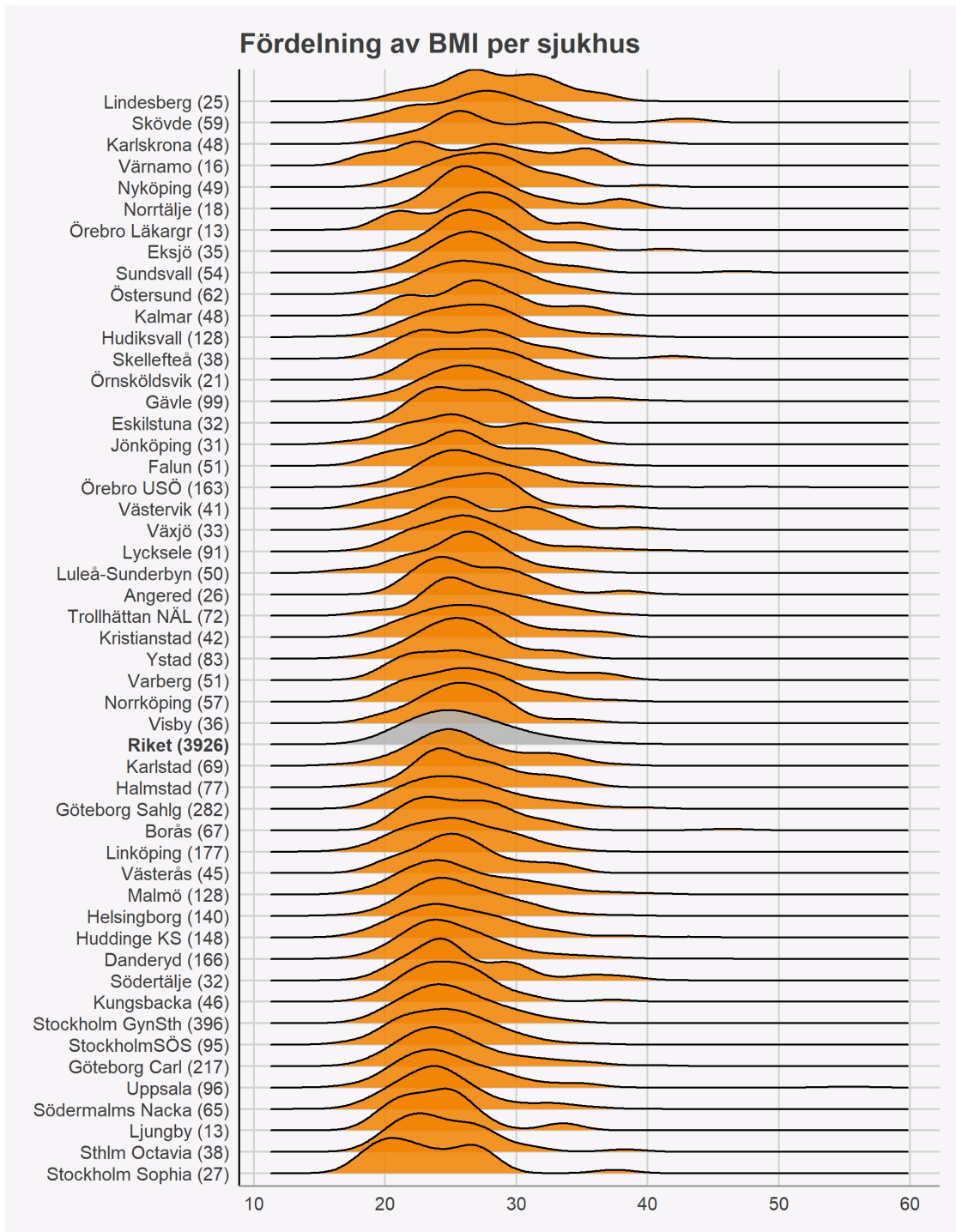
Sett över riket verkar vi ha en ganska jämn fördelning av kvinnor i åldrarna mellan 35 och 85 år. Vissa kliniker har en tydlig puckel med yngre patienter där det sannolikt rör sig om åtgärder av felläkta perinealskador. Gällande prolaps har man i tidigare studier sett att ålder verkar korrelera omvänt med subjektivt bot, det vill säga yngre kvinnor har kvarstående besvär och är mindre nöjda jämfört med äldre kvinnor.^{2,4}



Figur 9. Åldersfördelning per sjukhus.

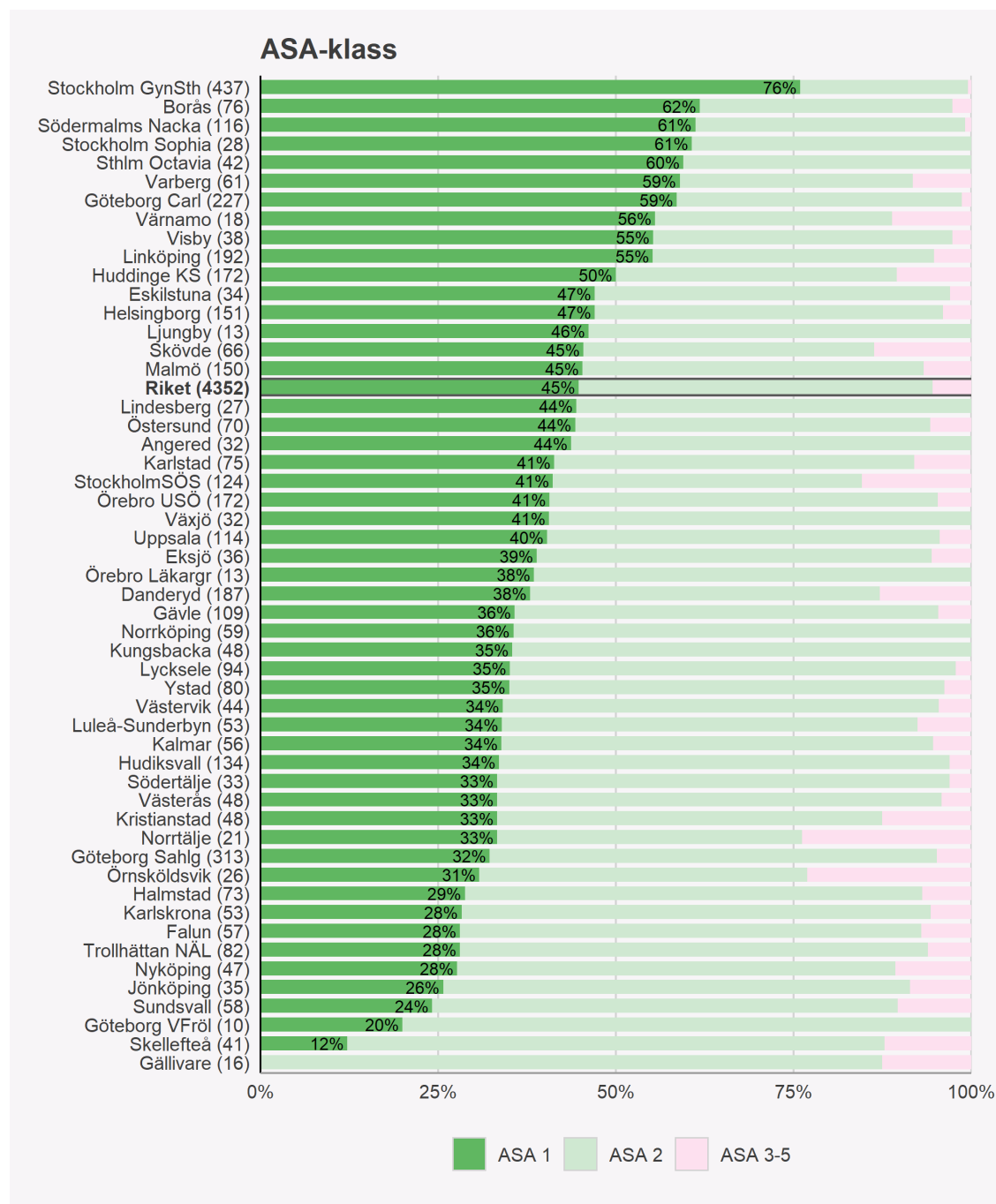
BMI

Högt BMI är en riskfaktor för komplikationer i samband med kirurgi men ökar även risken för recidiv efter prolapskirurgi⁴⁻⁶. Spridningen av BMI i riket ligger relativt normalfördelat kring 25 kg/m². BMI-fördelningen per klinik ser relativt lika ut när man jämför klinikerna sinsemellan.



Figur 10. Fördelning av BMI per sjukhus.

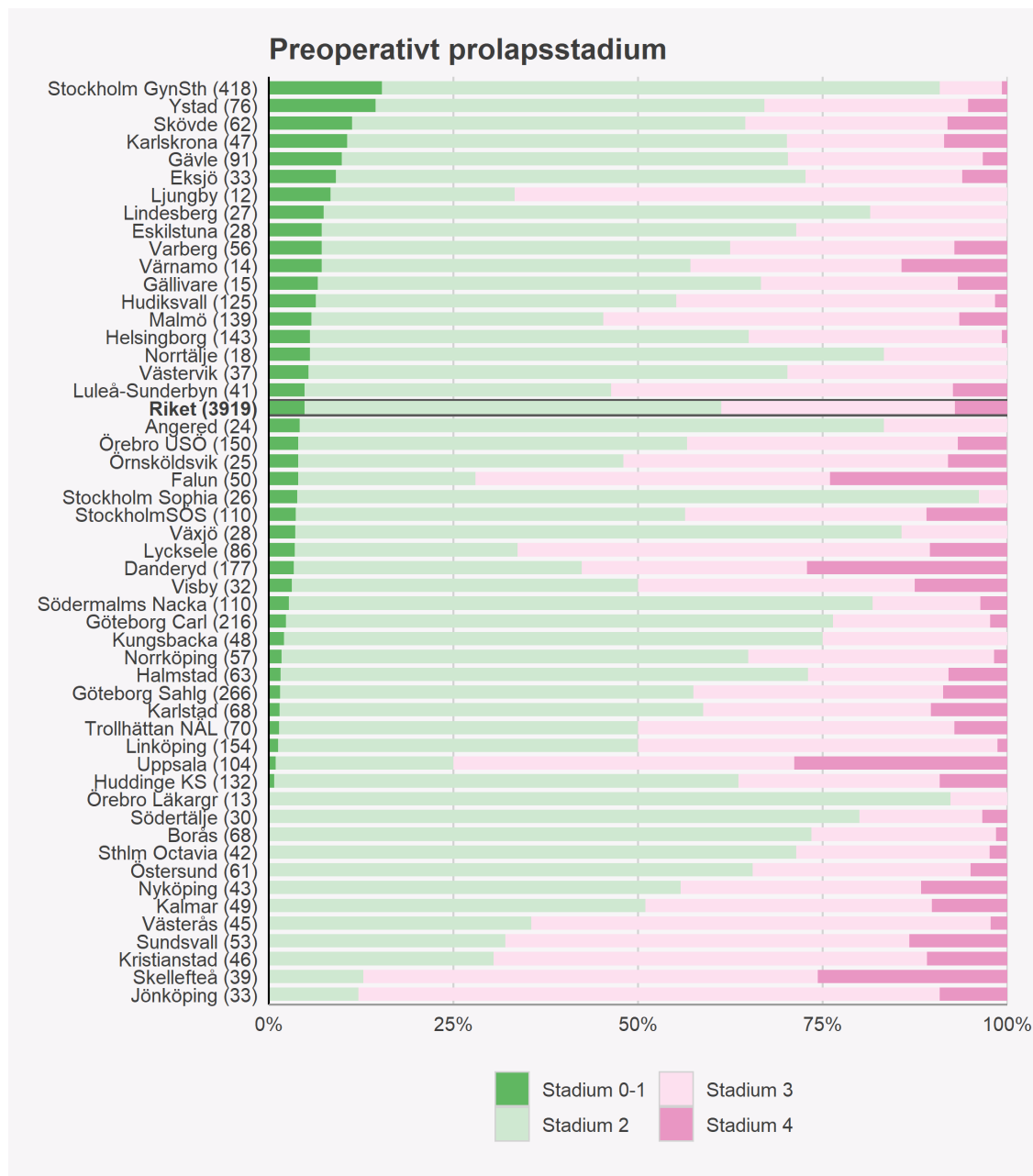
ASA-klass



Figur 11. ASA-klass per sjukhus.

Preoperativt prolapsstadium

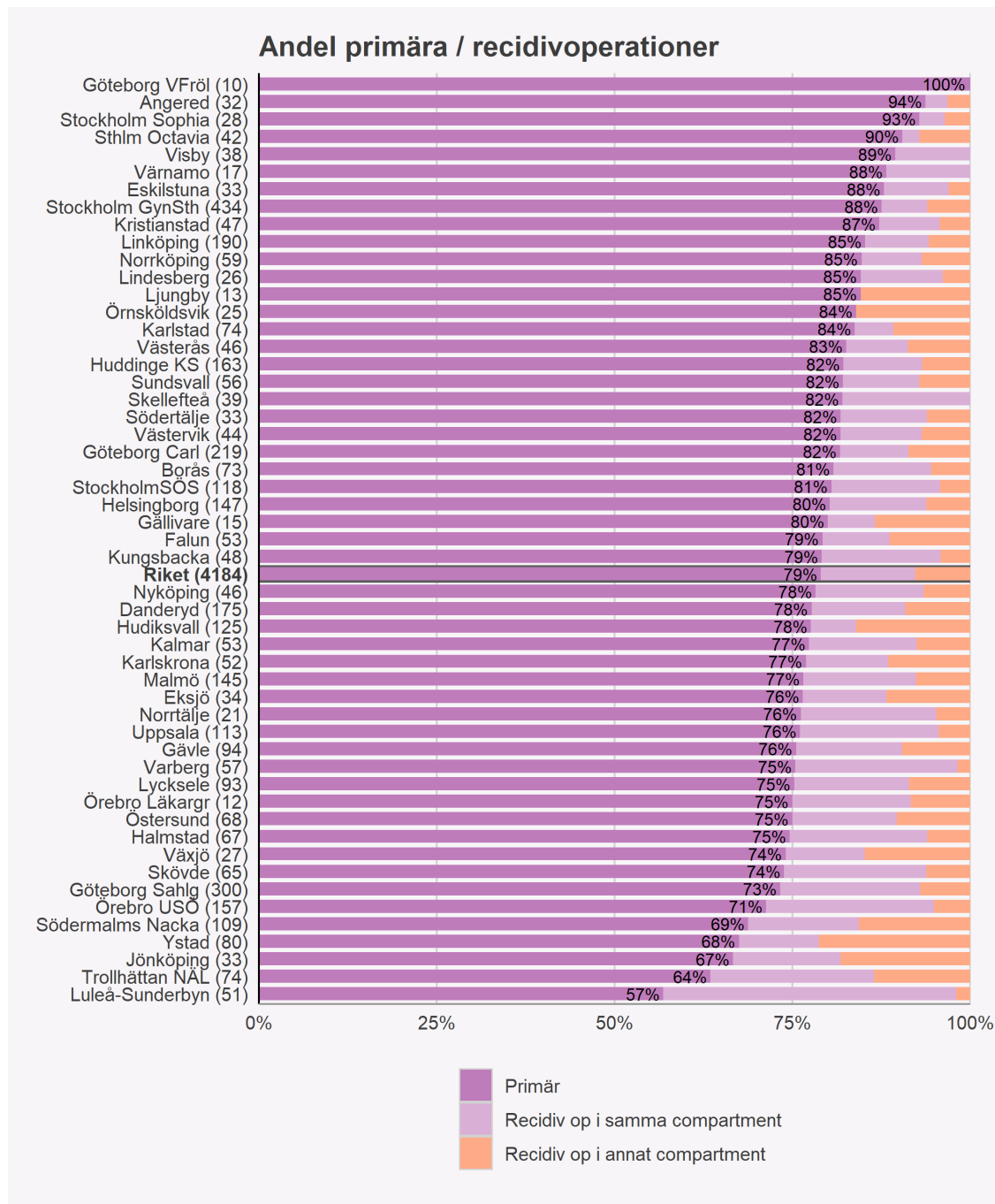
Man kan konstatera att det finns skillnader mellan klinikerna i hur avancerade prolaps som opereras. Preoperativt prolapsstadium är en betydande riskfaktor för recidiv. Ju mer avancerat stadium desto större är recidivrisken.^{1,2}



Figur 12. Preoperativt prolapsstadium.

Primär- kontra recidivoperationer

Man kan konstatera att samtliga kliniker i Sverige opererar både primär- och recidiv-operationer och att skillnaderna i denna fördelning för den absoluta majoriteten av klinikerna inte är påtaglig. Det är mycket viktigt att det i anamnesformuläret registreras om operationen är en "ren primäroperation" det vill säga patientens allra första framfallsingrepp. Det är också viktigt att skilja mellan recidivoperation i samma compartment (det vill säga har den tidigare genomförda rekonstruktionen misslyckats) eller är det en ny del av slidan som prolaberat fram?

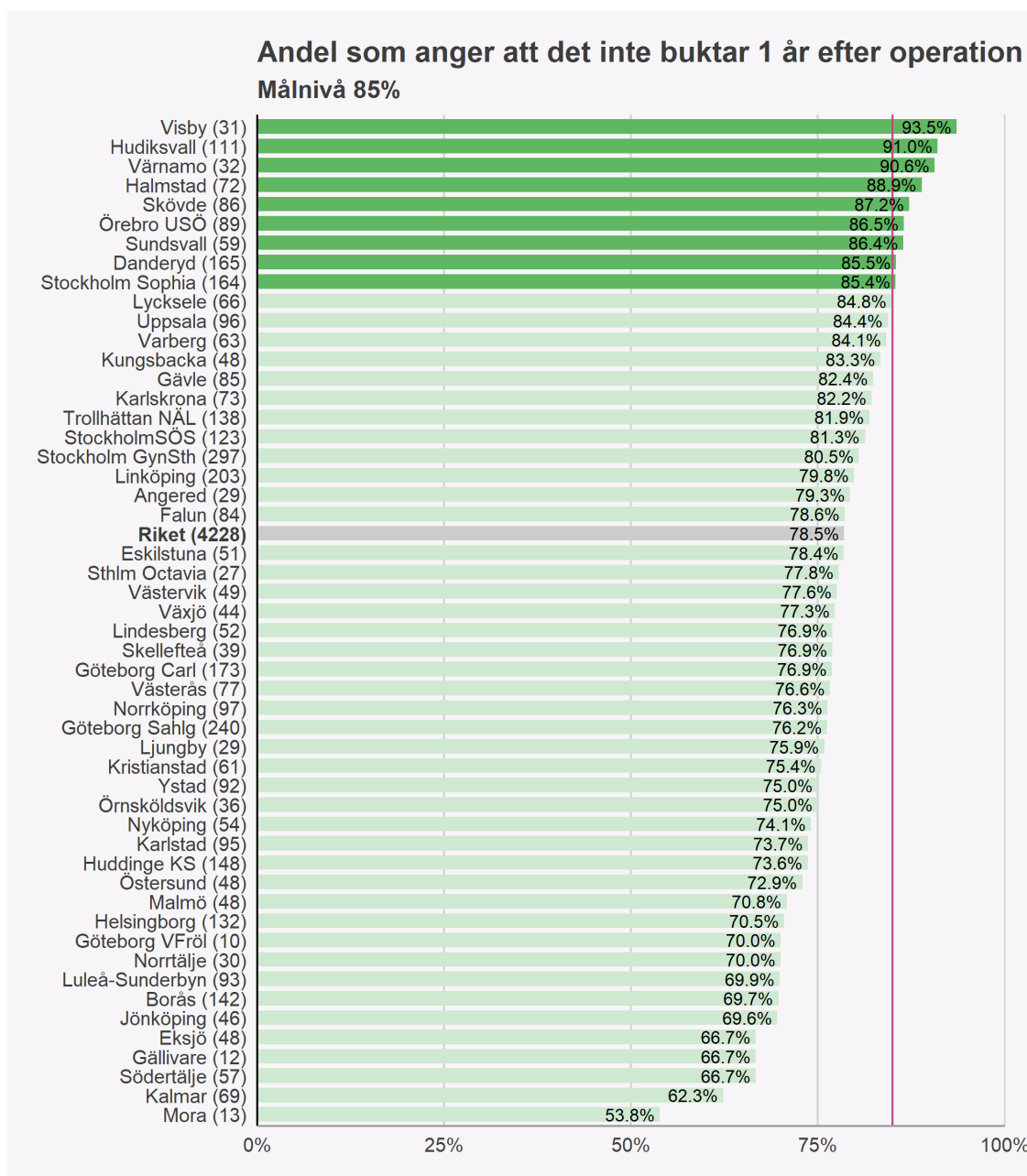


Figur 13. Andel primär-/recidivoperationer år 2020.

Resultat – alla prolapsoperationer

Globuskänsla ett år postoperativt

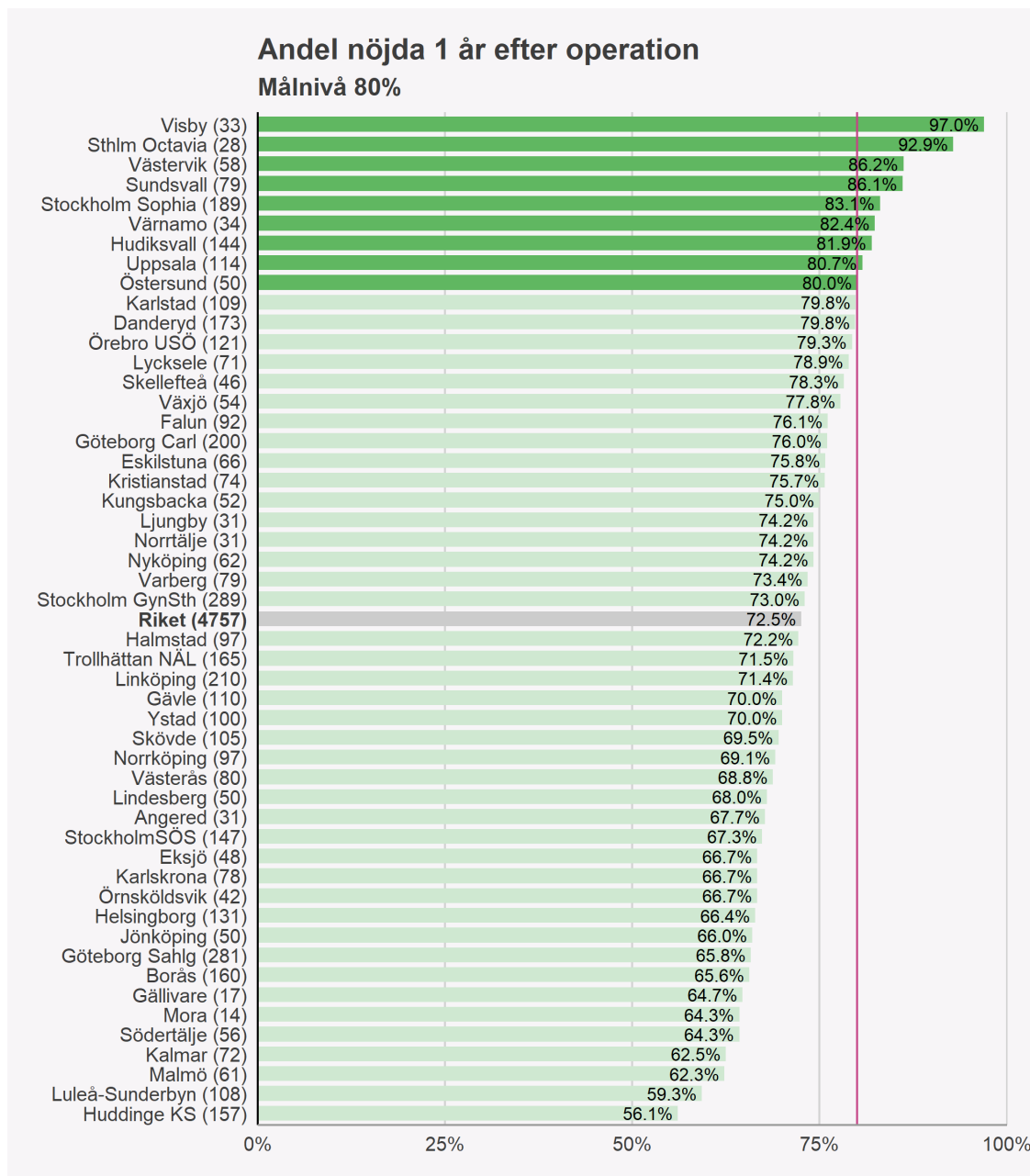
Symptomet globuskänsla (att patienten ser eller känner något som buktar ur slidan) har visat sig ha en hög sensitivitet och specificitet för anatomiskt verifierbart framfall utanför slidöppningen.⁸ Avsaknad av globuskänsla är det utfall som visat sig bäst korrelera med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi.⁹ Tidigare forskning har påvisat att återfallsrisken är högst efter framväggsplastik och majoriteten (över 60%) recidiverar inom det första postoperativa året.^{10,11} I figur 14 presenteras vad patienterna som opererats under 2019 svarat i 1-årsenkäten. I enkäten lyder frågan "Har du en känsla av att något buktar i slidan". Svartalternativen är dikotomiserade enligt följande; *aldrig, nästan aldrig och 1–3 gånger/månad till "nej"* och *1–3 gånger/vecka och dagligen till "ja"*. Målnivån på 85% är satt utifrån vad som verkar vara en möjlig nivå att uppnå. I år har 10 kliniker uppnått denna målnivå jämfört med 8 kliniker i förra årsrapporten.



Figur 14. Andel patienter som anger att det inte buktar 1 år efter operation.

Nöjdhet ett år postoperativt

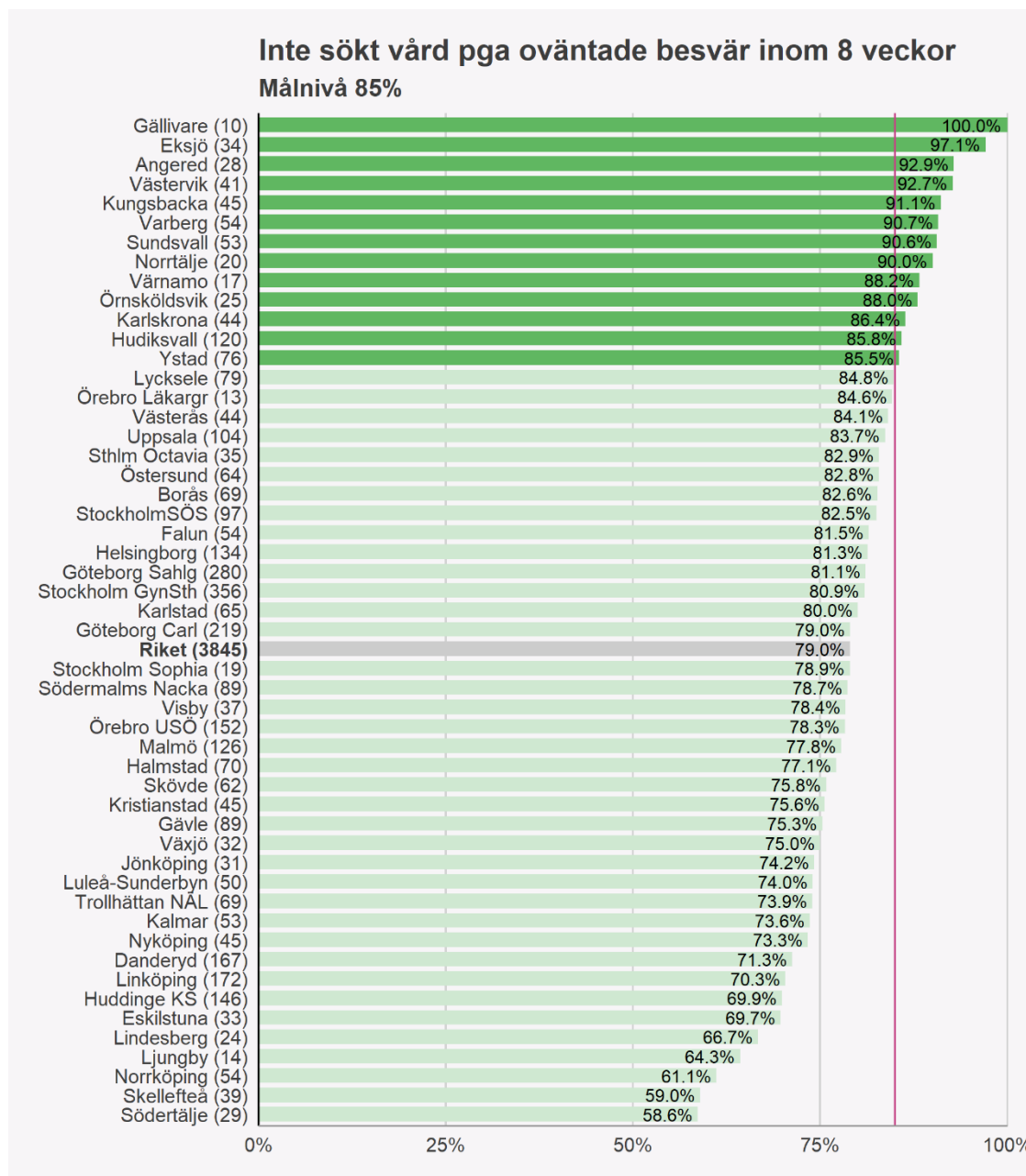
Eftersom globuskänsla inte ringar in hela resultatet, är patientrapporterad nöjdhet sannolikt det enskilt viktigaste utfallsmåttet när vi skall utvärdera slutresultatet efter kirurgi som görs i syfte att förbättra patientens livskvalitet. Man kan till exempel tänka sig att en patient som botas från sin globuskänsla men får smärta vid samlag eller nytillkommen urininkontinens blir missnöjd med resultatet. Figur 15 redovisar patientnöjdhet ett år efter kirurgi. Här är målnivån satt till 80%. Kliniker med låg andel nöjda patienter bör fundera över patientselektion, val av operationsmetoder, operativ teknik och absolut inte att förringa, patientinformation, det vill säga vad har patienten för förväntningar.



Figur 15. Andel nöjda 1 år efter operation.

Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt

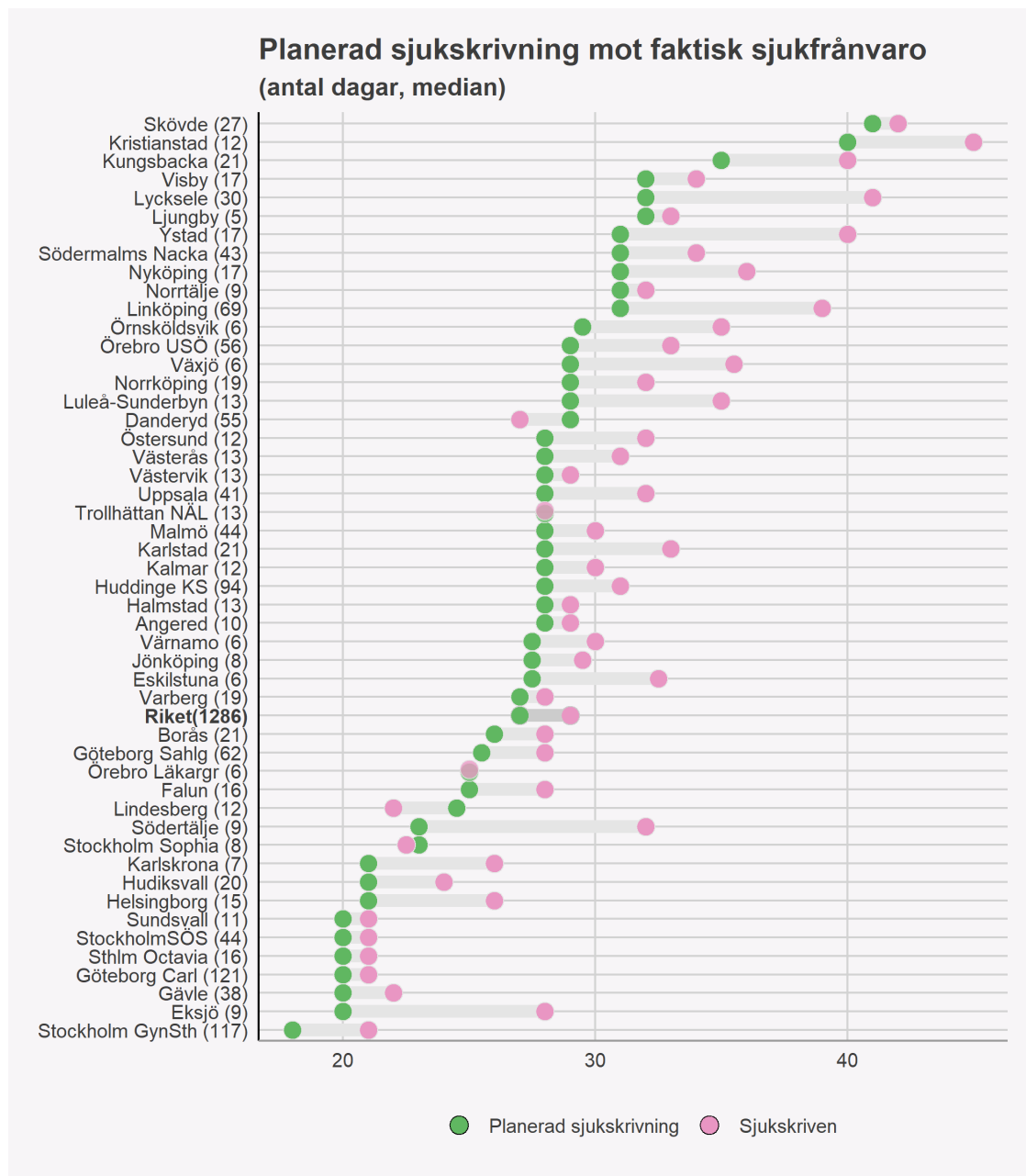
Figuren nedan presenterar andelen patienter vi opererat under 2020 som inte har haft vårdkontakt (fysiskt besök) på grund av oväntat besvär eller komplikation inom 8 veckor efter operationen. I år uppnådde 13 kliniker målnivån på 85% jämfört med 10 förra året. Kliniker där en hög andel av patienterna måste uppta ett extra mottagningsbesök under konvalescensen bör göra en intern analys av vad detta kan tänkas bero på. Finns det modifierbara faktorer? Kan man optimera postoperativ smärtlindring i högre utsträckning, ge en bättre skriftlig postoperativ information, rutinmässigt rekommendera bulkmedel för att minimera risken för postoperativ förstoppning, se över graden av infektions- och urinretentionskomplikationer, är sjukskrivningslängden tillräcklig?



Figur 16. Inte sökt vård på grund av oväntade besvär inom 8 veckor efter prolapsoperation.

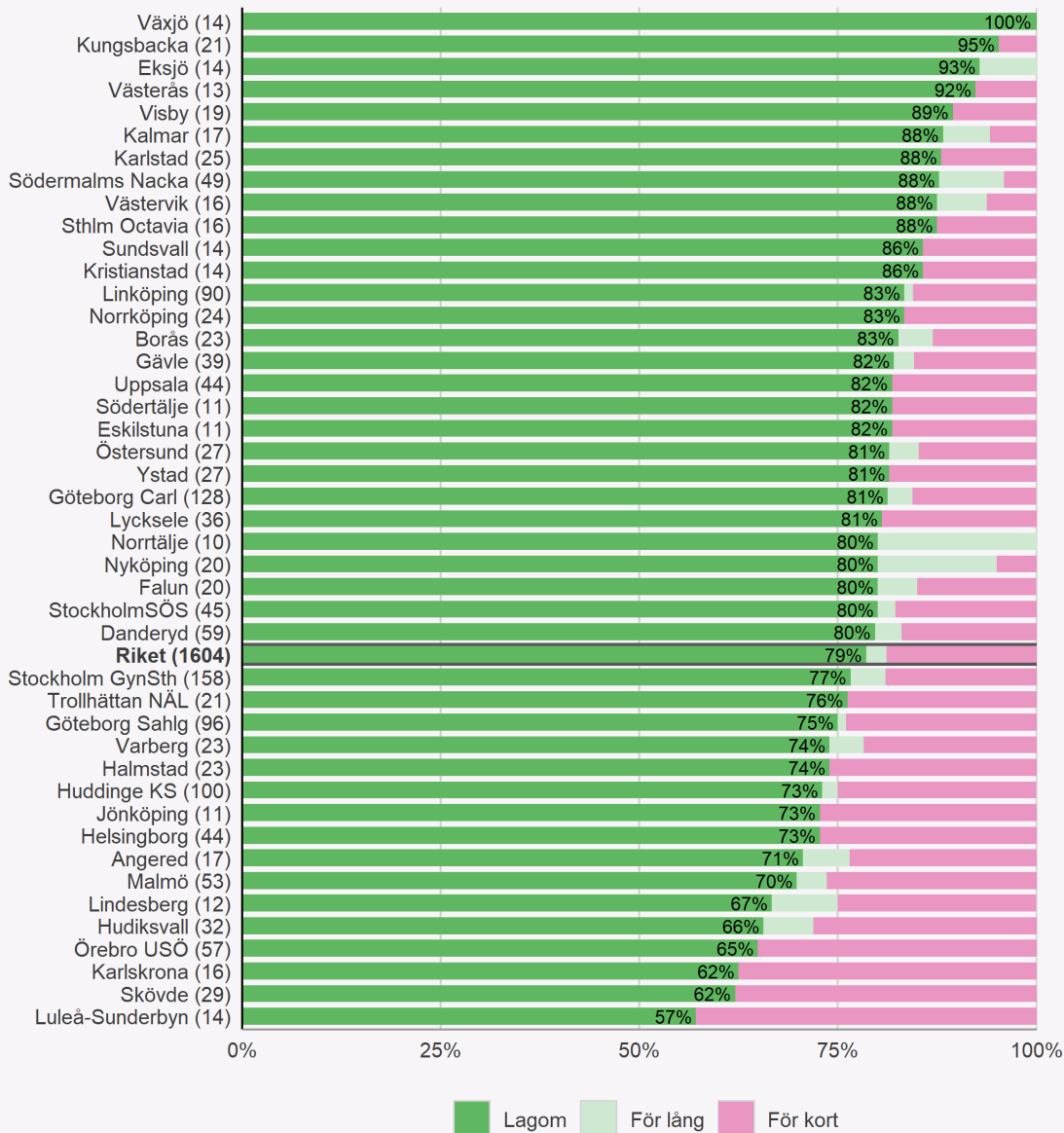
Sjukskrivning

Nedan redovisas sjukskrivningslängd efter bäckenbottenkirurgi (antal dagar på x-axeln). De gröna prickarna är planerad sjukskrivning (det doktorn anger i utskrivningsformuläret) och de rosa prickarna är det faktiska antalet dagar som patienten slutligen varit sjukskriven. Det visar sig att praxis variera enormt runtom i landet samt att på majoriteten av klinikerna förlängs den planerade sjukskrivningslängden. Tittar man på riksgenomsnittet verkar prolapsopererade vara sjukskrivna i 4 veckor efter sin operation.



Figur 17. Planerad sjukskrivning mot faktisk sjukfrånvaro.

Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

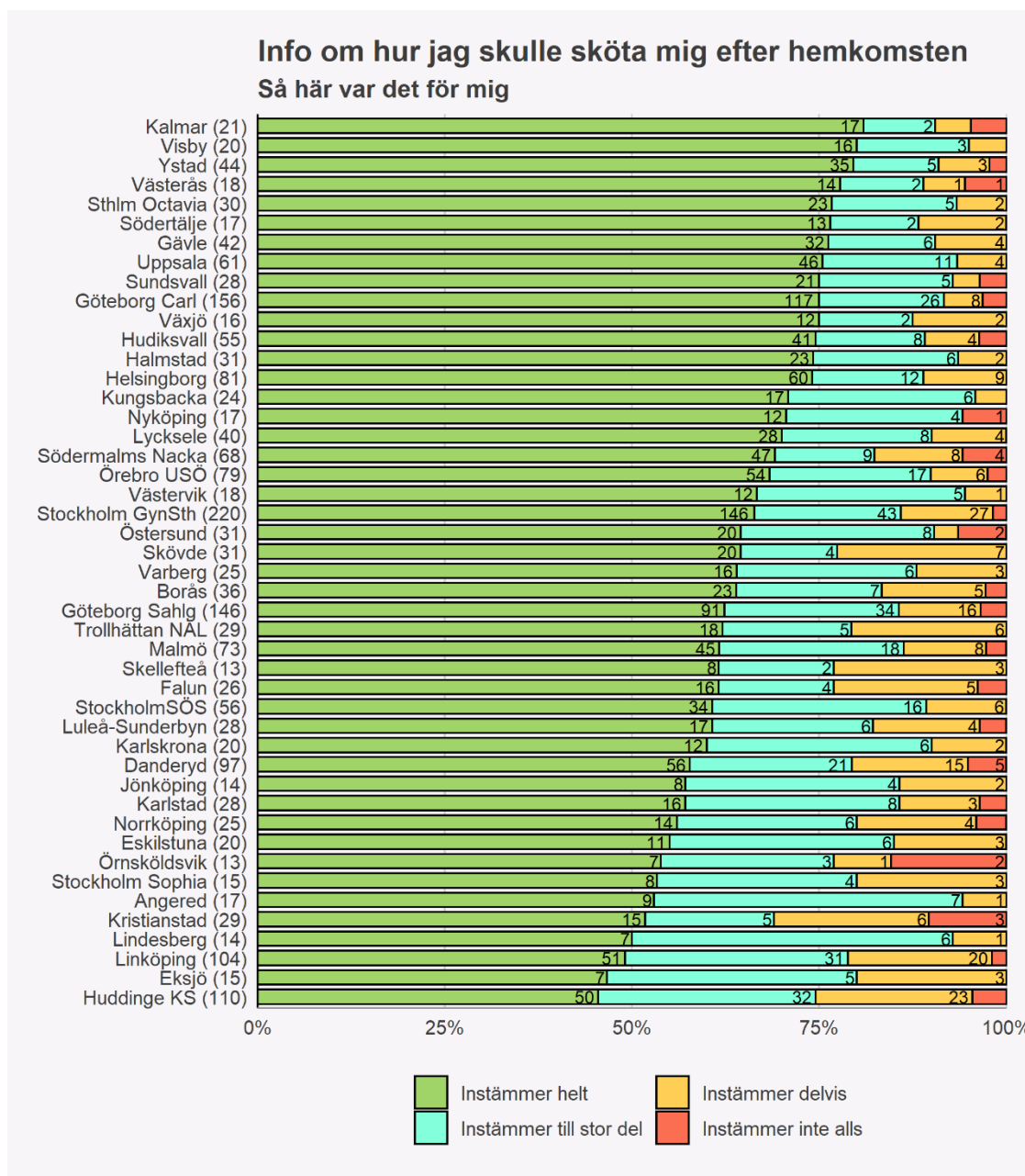


Figur 18. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd.

Postoperativ patientinformation

KUPP (kvalitet ur patientens perspektiv) är ett projekt som handlar om patientupplevd vårdkvalitet och har pågått nationellt sedan våren 2015. Projektet innebär att en patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben efter ordinarie enkät får en fråga om hon kan tänka sig att svara på ytterligare frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera.

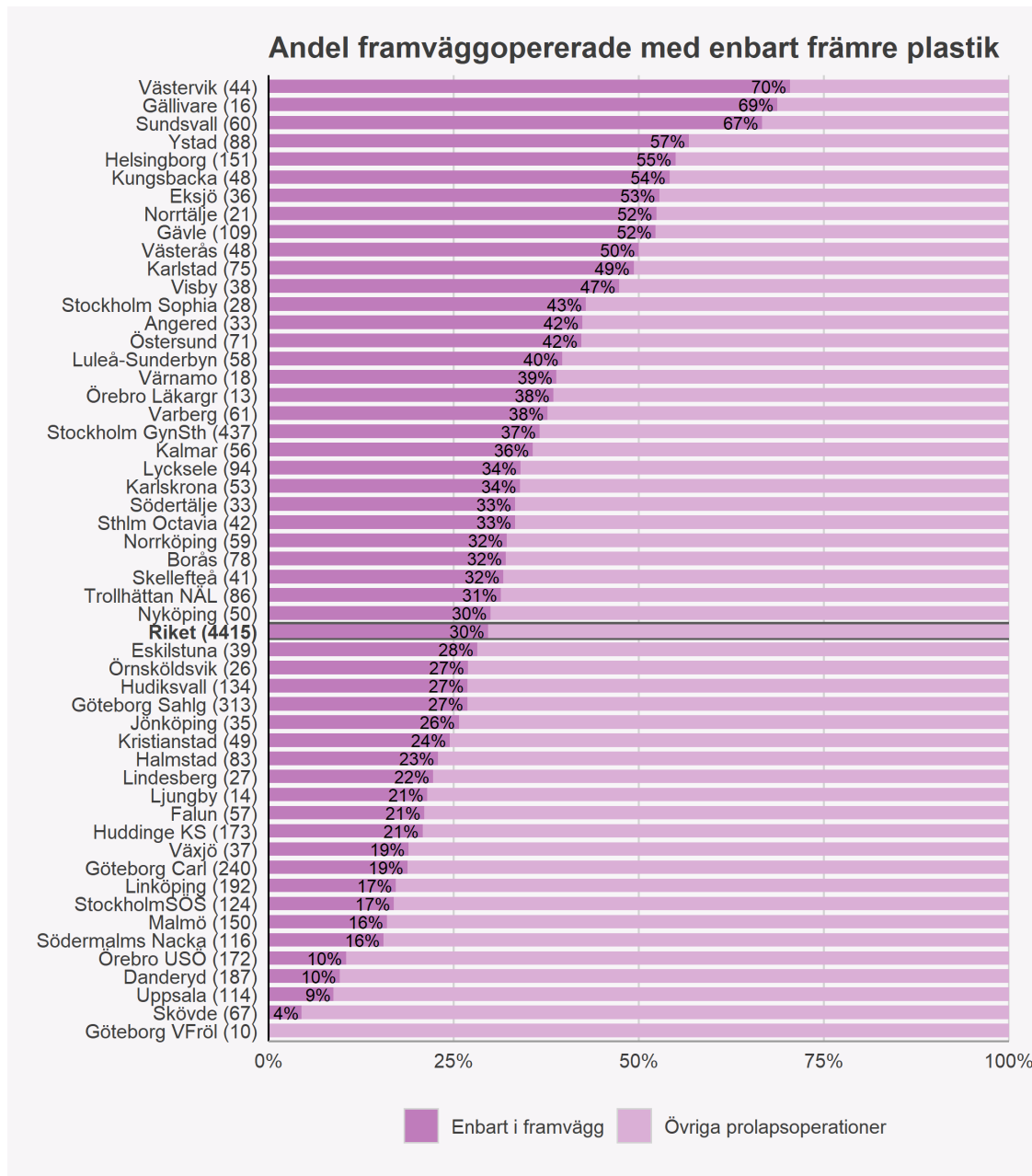
En viktig del av den perioperativa vården är patientinformation. I årets årsrapporter har vi valt att redovisativa KUPP-frågan, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".



Figur 19. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig.

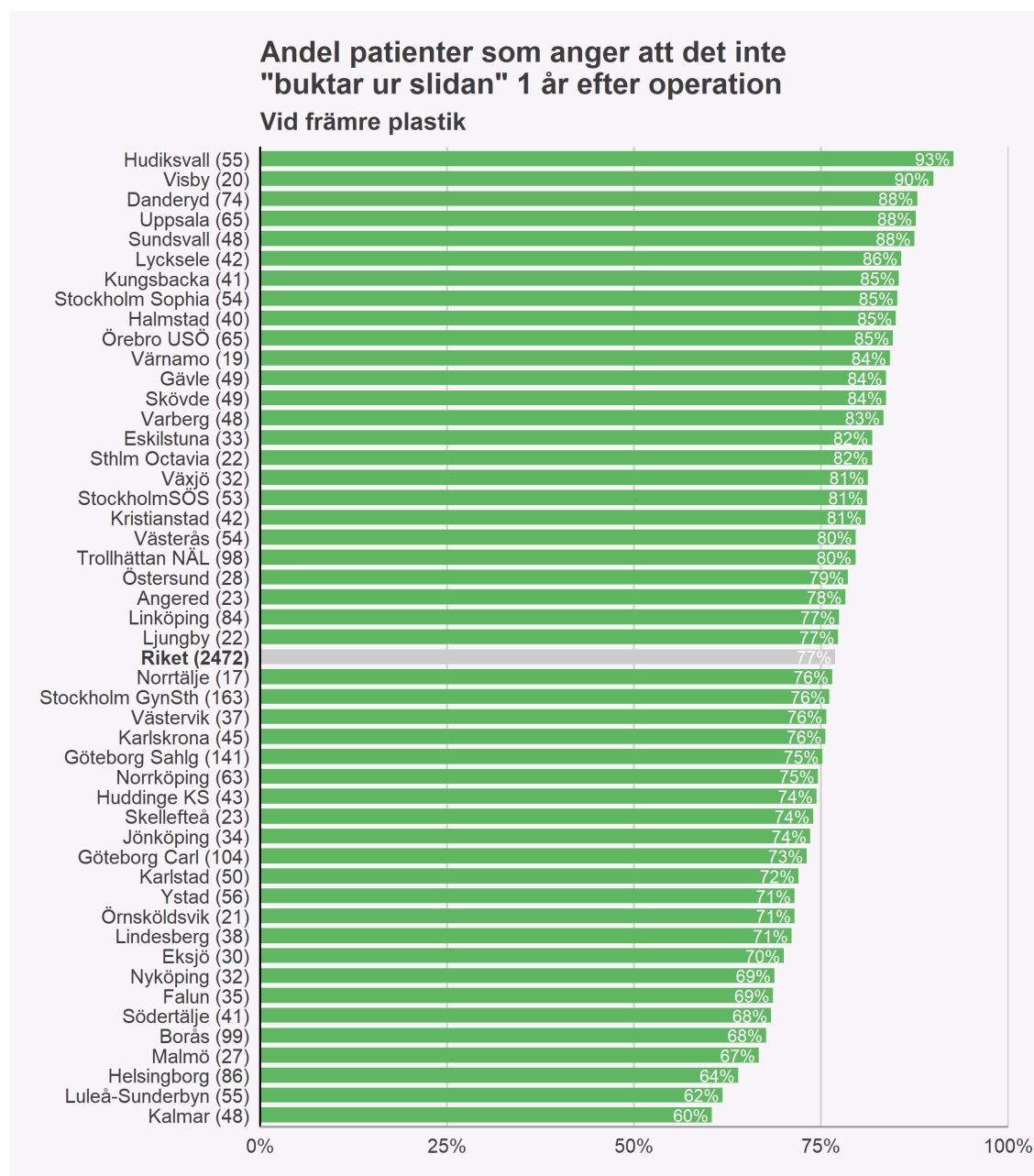
Främre plastik

Nedan följer en redovisning av ingrepp där man valt att göra enbart främre plastik. Man kan i bilden nedan se att praxis på de olika klinikerna är väldigt varierande. På många "högvolymskliniker" är en isolerad framväggsplastik en raritet. I nuläget har forskningen inte kommit i kapp för att svara på om apikal upphängning eller optimering av mellangårdens stöd för slidväggarna borde ingå mer som regel än undantag för att öka chansen till ett mer varaktigt resultat. Observationella data pekar mot detta, men evidens från randomiserade studier saknas.¹²



Figur 20. Andel framväggsopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.

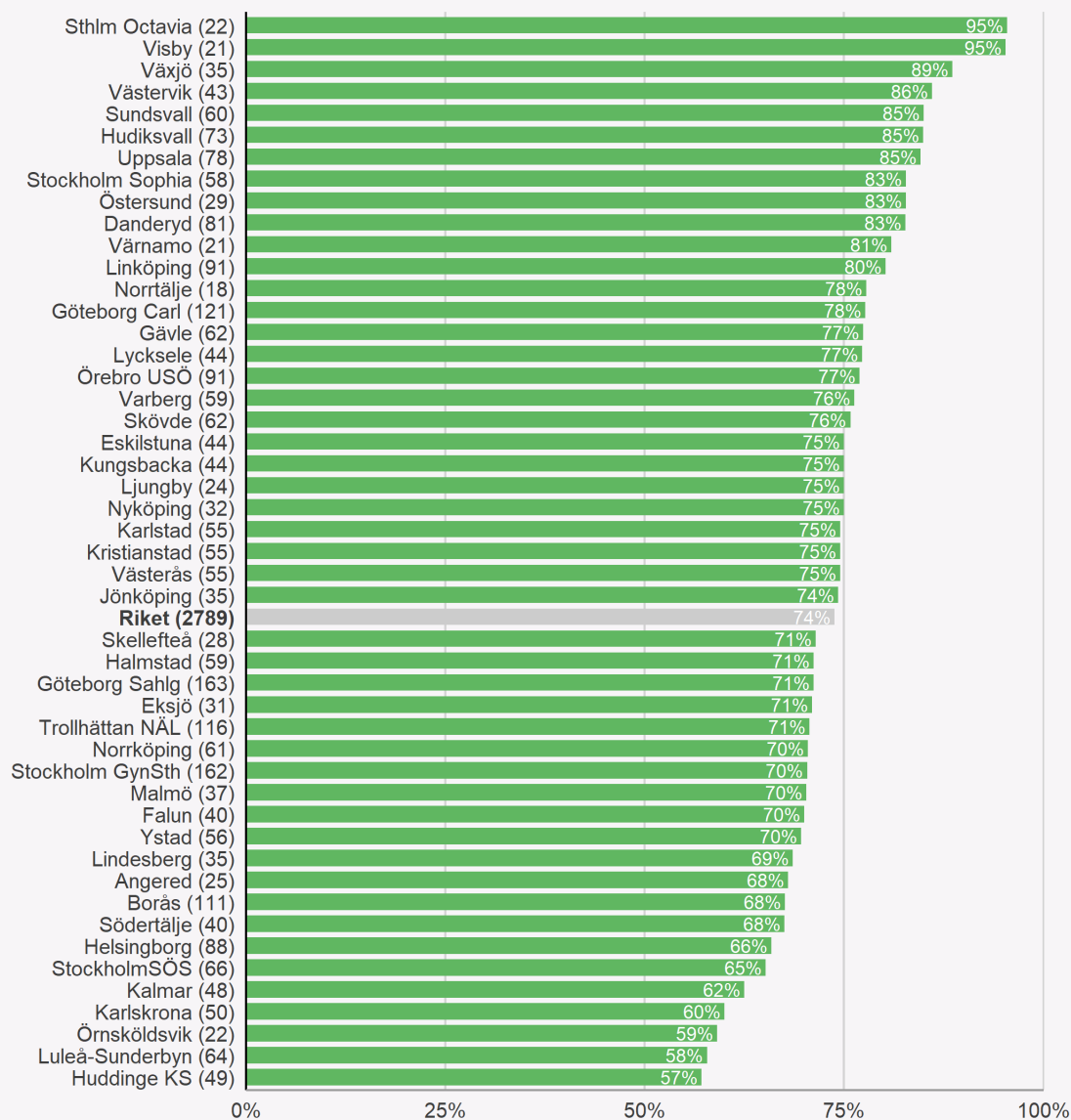
Av patienterna som opereras med enkel framväggsplastik rapporterar cirka 90% globuskänsla i den preoperativa enkäten. I figuren nedan redovisas andelen kvinnor med globuskänsla ett år efter främre plastik. Variationen mellan klinikerna är betydande, vissa ligger på 80–90% subjektivt botade patienter medan andra ligger under 60%. Beror skillnaderna på variationer i kirurgisk teknik eller på patientselektion? Även om en främre plastik är ett vanligt förekommande gynekologiskt ingrepp så är operationen långt ifrån standardiserad.¹³ Data från GynOp publicerat år 2018 talar för att kirurgens erfarenhet (antal ingrepp per operatör och år) inte spelar roll för utfallet.¹⁴ Gällande valet av suturmateriäl vet vi att det verkar ha betydelse för resultatet.¹⁵ I dagsläget saknar vi evidens kring övriga kirurgiska detaljer som till exempel antal suturer, enstaka eller fortlöpande teknik, om vi skall dissekera i lagret mellan slemhinna och fascia eller i lagret mellan fascia och urinblåsa. Vi hoppas att framtida forskning ger oss guidning kring detta.



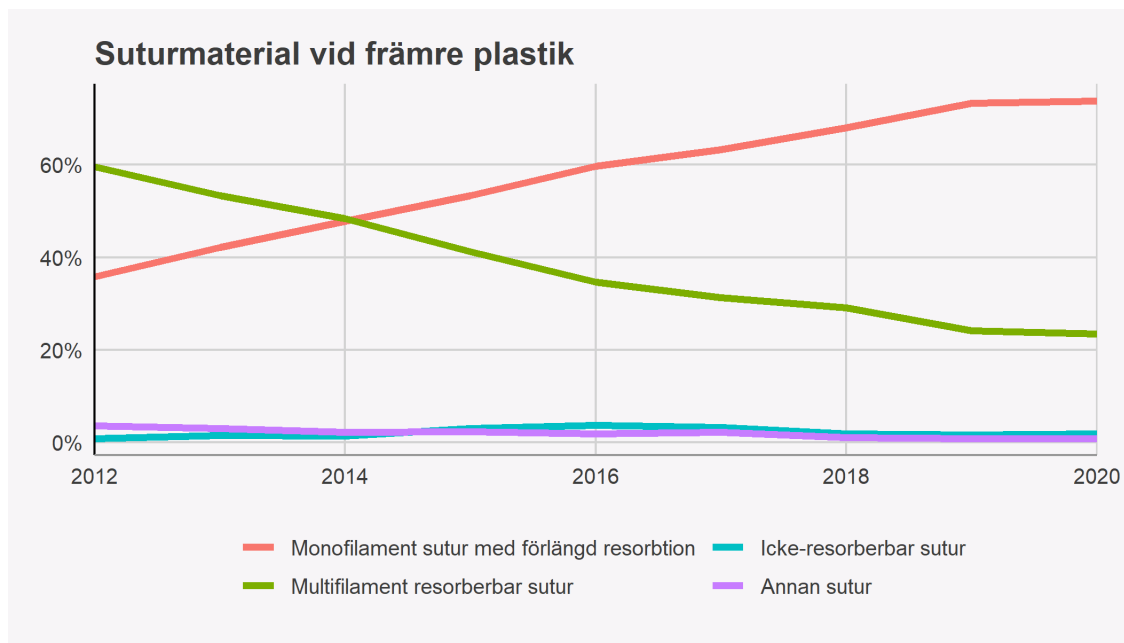
Figur 21. Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter främre plastik.

Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation

Vid främre plastik



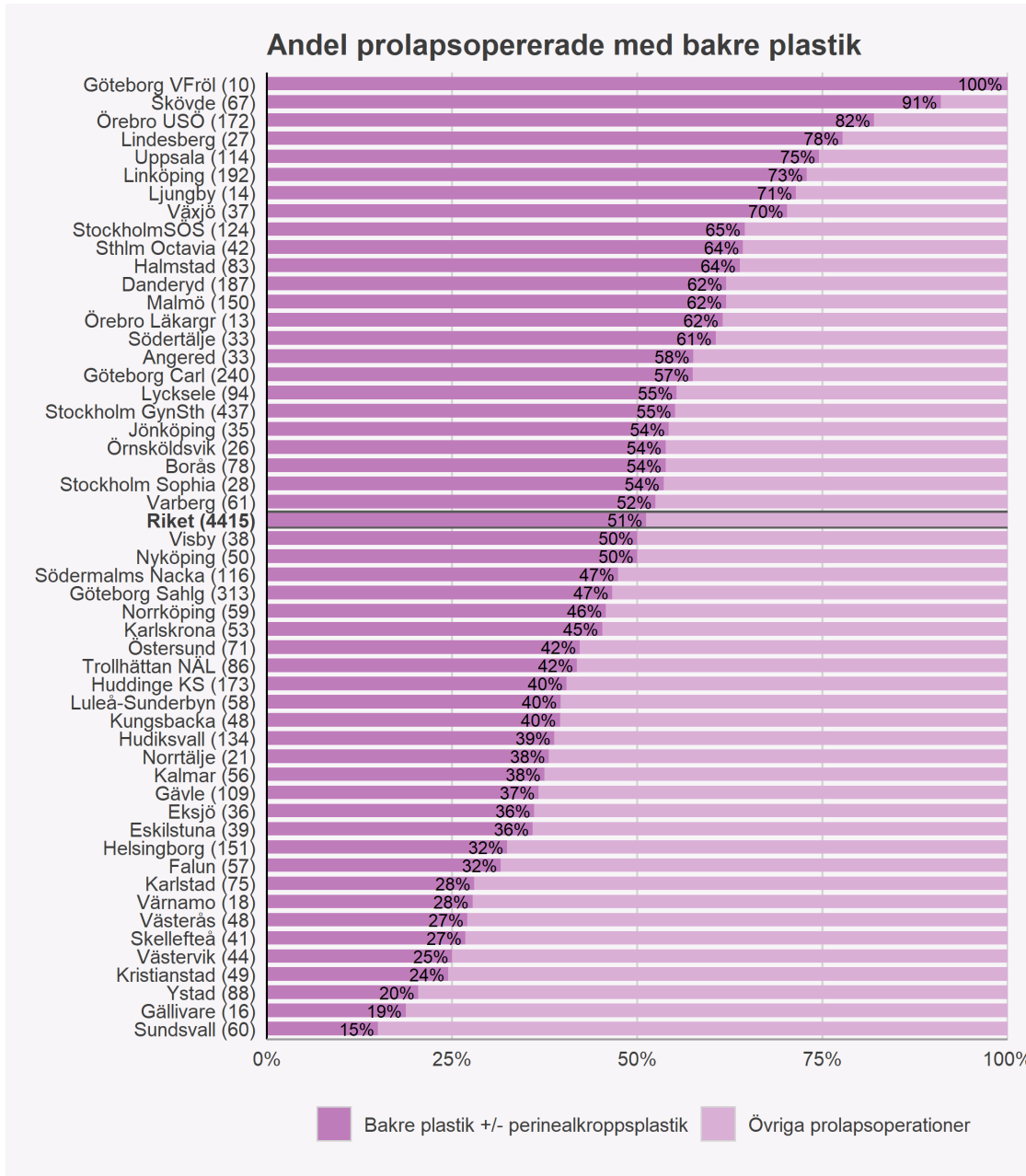
Figur 22. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter främre plastik.



Figur 23. Suturmaterial vid främre plastik.

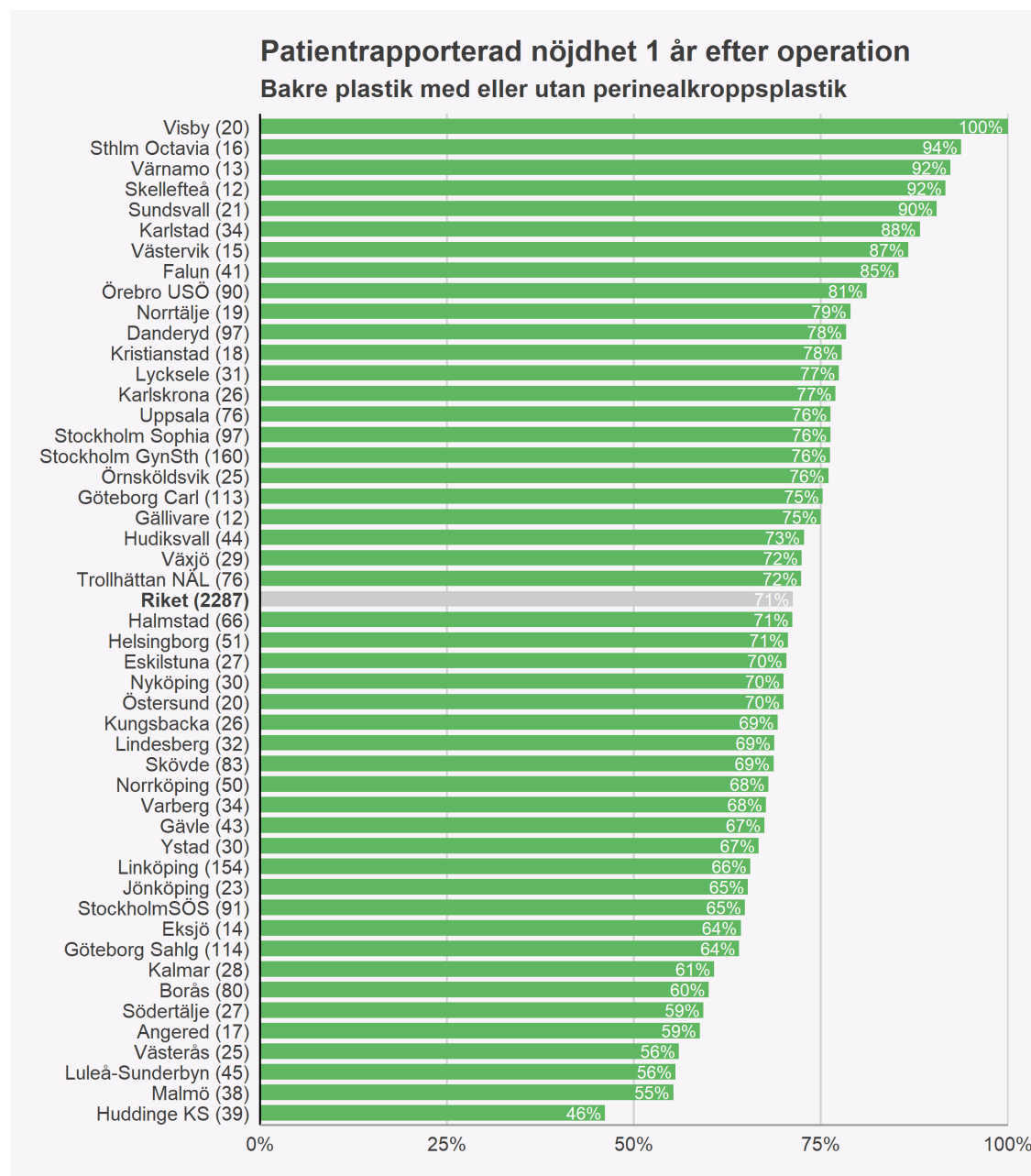
Bakre plastik och perinealkroppsplastik

I detta kapitel redovisas data gällande patienter som genomgått enbart bakre plastik. Både teknikerna "midline plication" och "site-specific repair" ingår. Tyvärr kan man i registret i dagsläget inte skilja på om man gjort en bakre plastik på grund av ett regelrätt framfall eller om man gjort en distal bakre plastik på grund av ett proktocele kopplat till en felläkt perinealkropps-skada. Vi vet att dessa grupper delvis skiljer sig åt, där vi i ena gruppen ofta har en äldre kvinna med en stor buktande bakvägg som orsakar klassiska framfallssymptom (level II defekt) medan vi i den andra gruppen har yngre, relativt nyförlösta kvinnor med en tunn perinealkropp och ett distalt proktocele, som ger upphov till tarmtömningsbesvär och känsla av öppetstående slida (level III defekt).



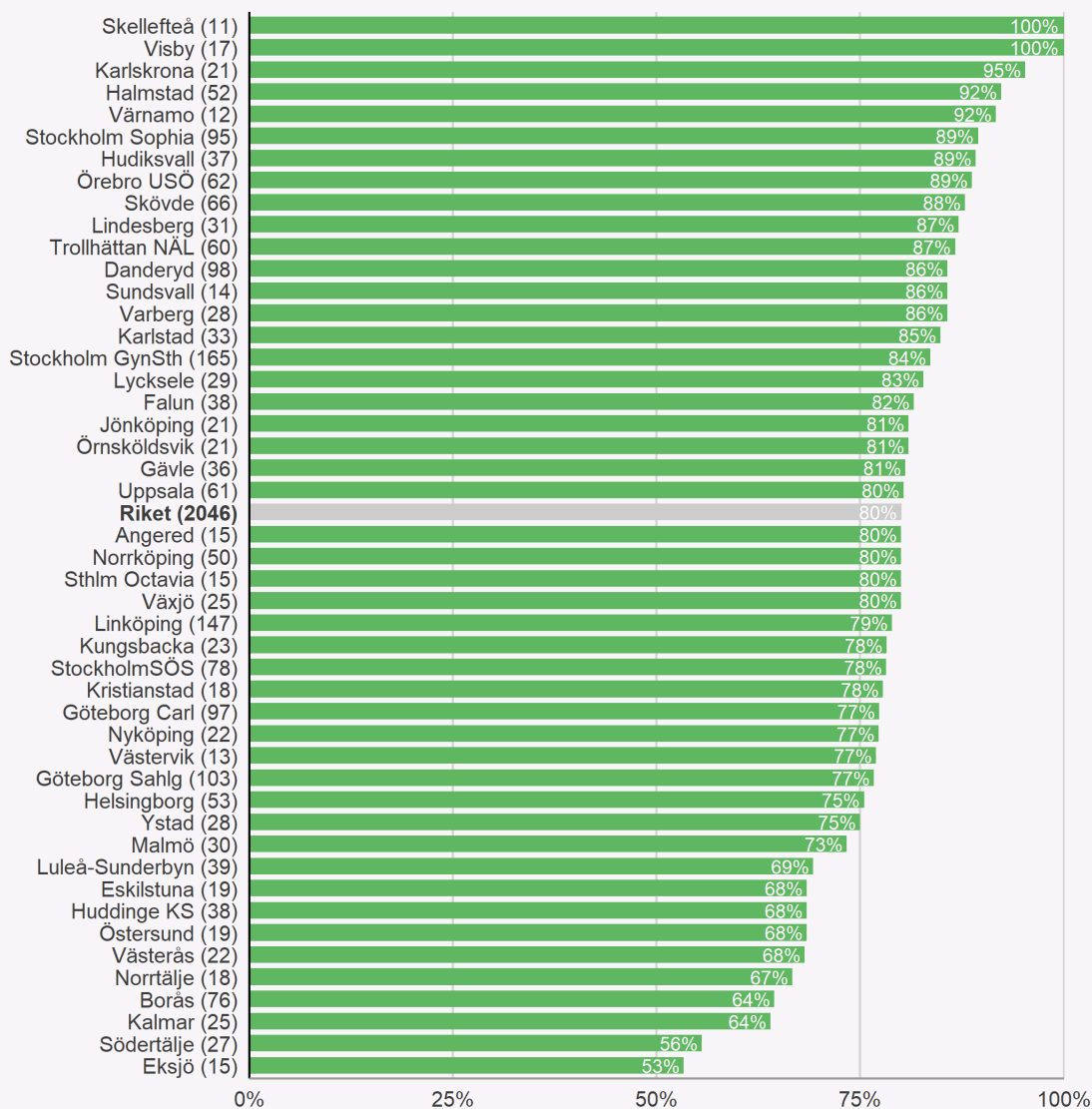
Figur 24. Andel prolapsopererade med enbart bakre plastik.

Figuren nedan presenterar patientrapporterad nöjdhet 1 år efter bakre plastik (\pm perineorafik). Spridningen i andelen nöjda patienter efter bakväggsplastik ligger mellan 100% och under 50%. Här nedan följer figurerna som presenterar globuskänsla och behov av digital assistans vid tarmtömning. Man kan notera att generellt färre har globuskänsla ett år efter bakre plastik jämfört med främre plastik, men trots detta är patientnöjdheten generellt sämre. En tänkbar förklaring till detta är att en hel del av kvinnorna inte genomgår bakre plastik primärt på grund av globuskänsla utan där huvudindikationen är tarmtömningsproblematik. Vi vet samtidigt att tarmtömningsbesvär kan ha väldigt många andra etiologiska förklaringar än en sviktande bakvägg och att långt ifrån alla botas av kirurgi.



Figur 25. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter bakre plastik.

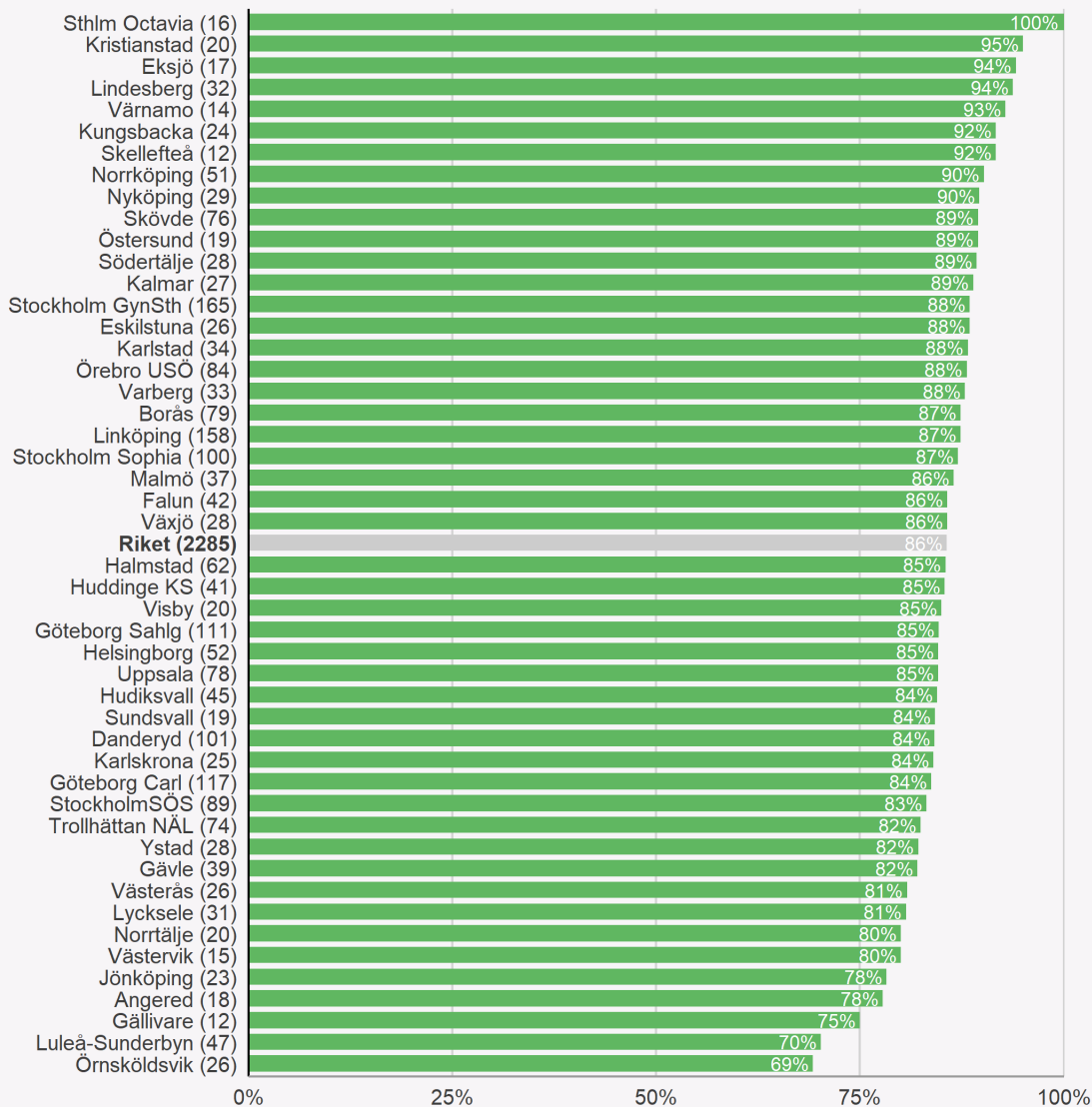
**Andel patienter som anger att det inte
"buktar ur slidan" 1 år efter operation
Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik**



Figur 26. Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter bakre plastik.

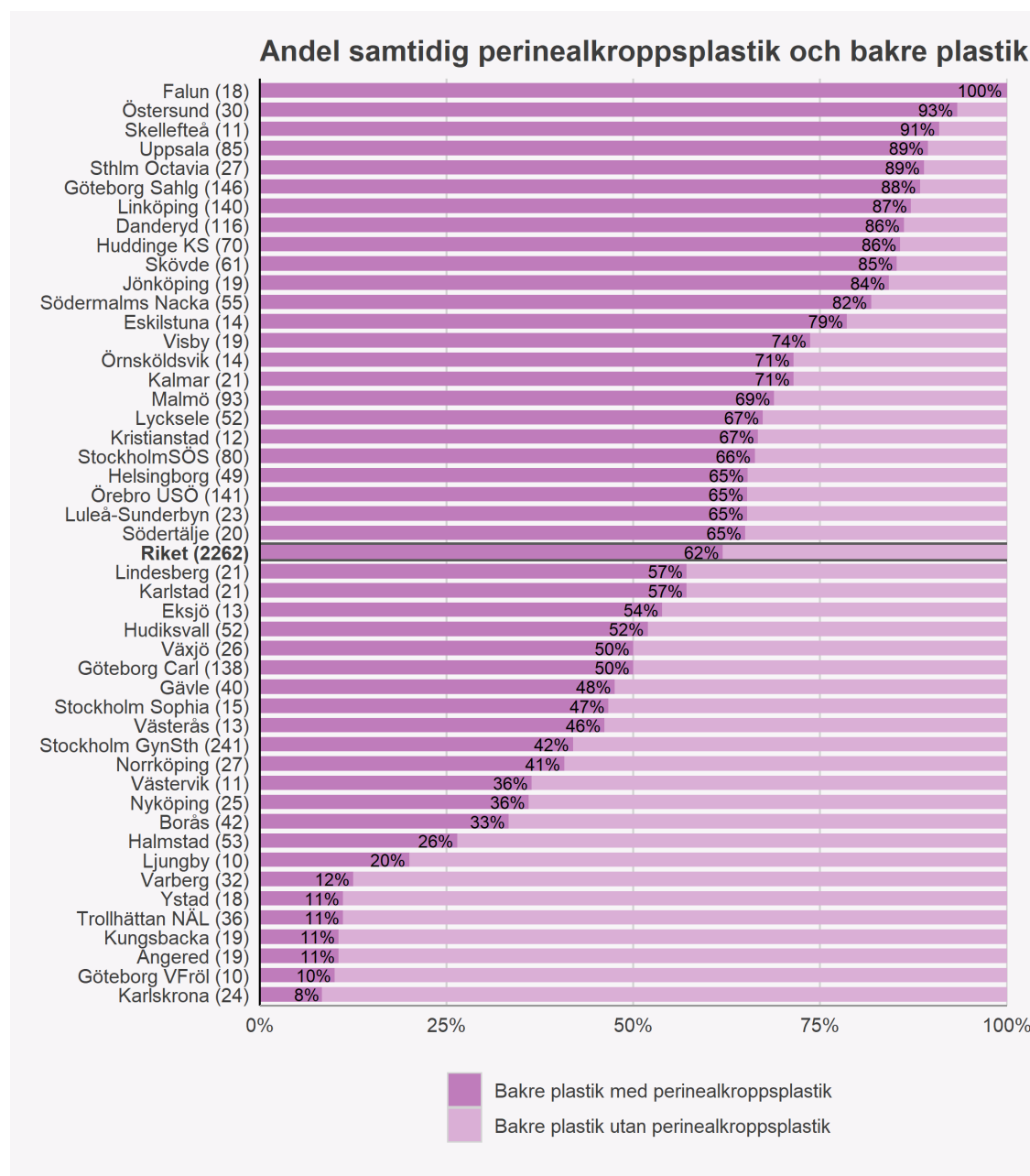
Behöver inte hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1 år efter operation

Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik



Figur 27. Behöver inte hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1 år efter operation.

Figur 28 illustrerar hur vanligt det är att man i samband med en bakväggsplastik gör en samtidig rekonstruktion av perinealkroppen. Skillnaderna är slående! På vissa kliniker förekommer det knappt att man rekonstruerar perinealkroppen medan det på andra ställen verkar ingå nästintill regelmässigt



Figur 28. Andel samtidig perinealkroppsplastik och bakre plastik.

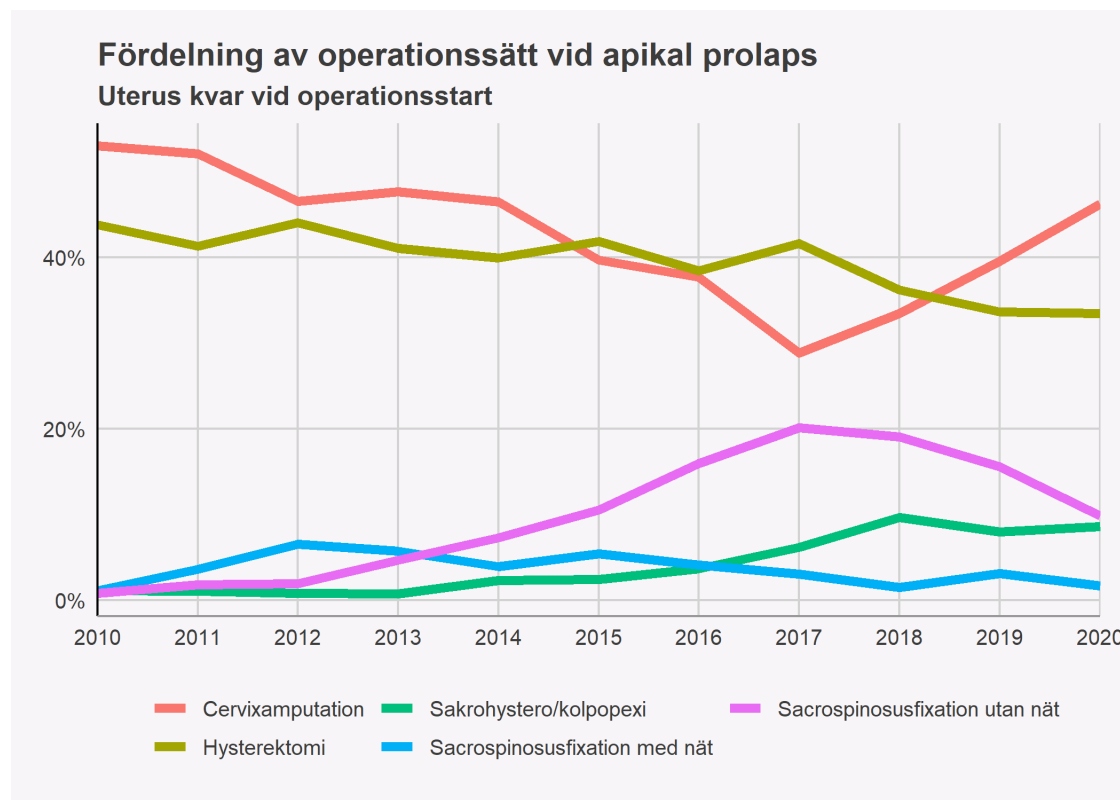
Apikal defekt

Framfall av den främre vaginalväggen samvarierar i hög utsträckning med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi)¹⁶⁻¹⁸ och korrigerig av det apikala stödet verkar halvera risken för reoperation.¹⁹ Det finns dock ingen konsensus kring när en apikal upphängning bör ingå. För vissa operatörer skall livmodertappen nå slidöppningen men för andra räcker det kanske med att livmodern kommer ner mer än halva vaginallängden. Det finns dessutom flera olika operationsmetoder att välja mellan.

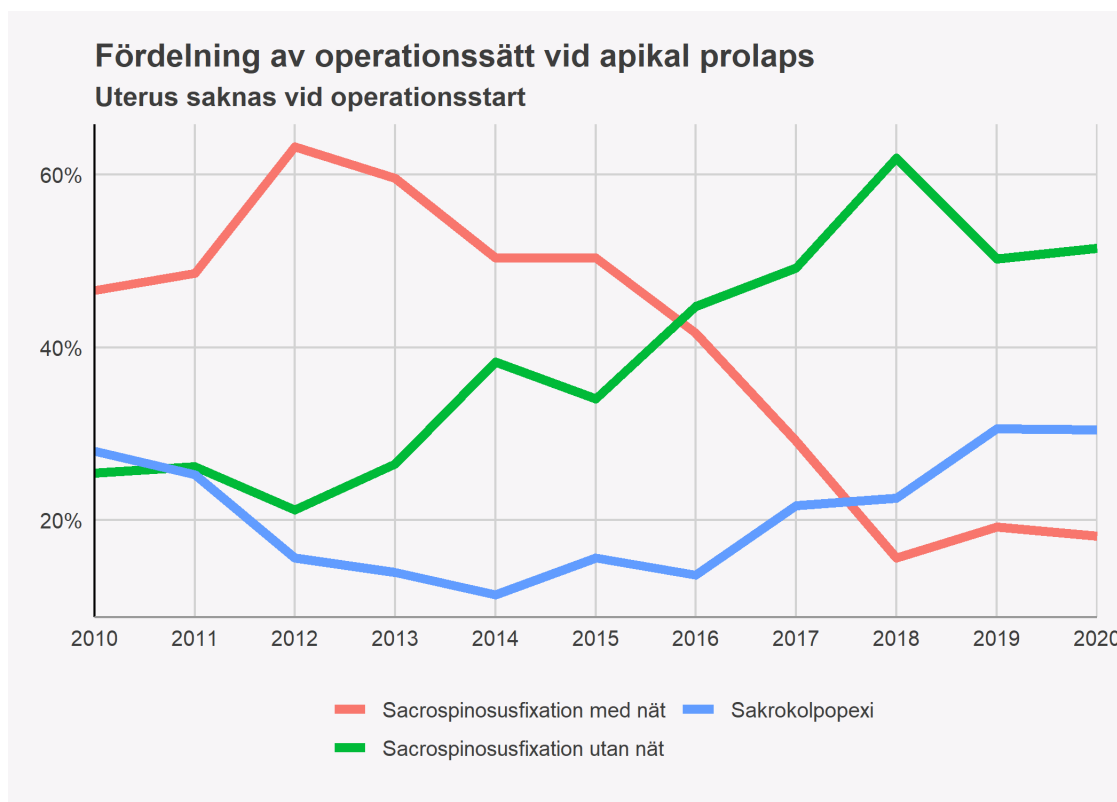
Cochrane-sammanställningen som publicerades år 2016 konkluderar att sakrohystero-/kolpopexi har högst lyckandefrekvens (kring 95%) jämfört med de vaginala operationsmetoderna, RR 2.1 (95 % CI 1.1–4.2).²⁰

Nedan visas hur trenden i Sverige ser ut gällande de olika operationsmetoderna för apikal prolaps. Första figuren illustrerar operationsmetoder som används när livmodern finns kvar vid operationsstart och nästa figur hur man opererar vaginaltoppsprolaps.

Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och är numera inte längre den vanligaste metoden. Cervixamputation verkar ha fått ett uppsving och är nu den vanligaste metoden i Sverige. Vi ser också att sakrospinosusfixation blir en allt mindre populär metod. Slutligen ser vi att sakrohystero-/kolpopexi fortfarande är ovanligt i Sverige men en sakta uppåtående trend anas.



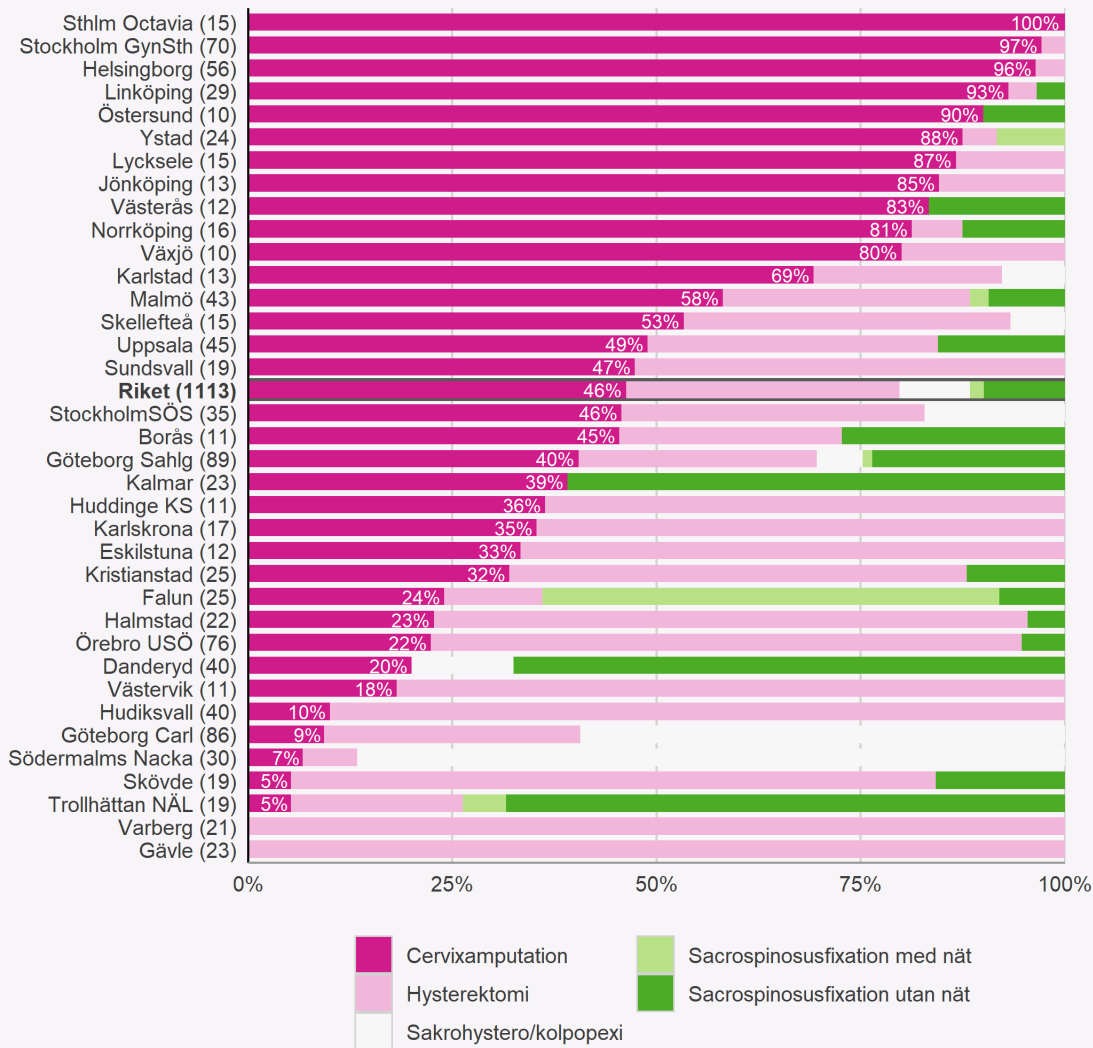
Figur 29. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps, när uterus finns kvar vid operationsstart.



Figur 30. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps, när uterus saknas vid operationsstart.

Vad gäller fördelningen på kliniknivå kan man konstatera att praxis är väldigt varierande. Vissa kliniker har en bred arsenal medan andra i princip erbjuder en metod. UR-ARG arbetar för fullt med att ta fram evidensbaserade råd för vilken operationsmetod som bör rekommenderas för olika patientkategorier. Förhoppningsvis kommer detta att leda till en homogeniserad praxis. Vi hoppas även att sakrohysteropexi och sakrokolpopexi skall bli en operationsmetod som fler kliniker kan erbjuda, så att tillgängligheten till metoden ökar. Dessutom pågår det för närvarande en stor studie baserat på GynOp-data där man syftar till att studera utfall efter de olika metoderna. Vi ser med spänning fram emot resultaten!

Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps Uterus kvar vid operationsstart



Figur 31. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps.

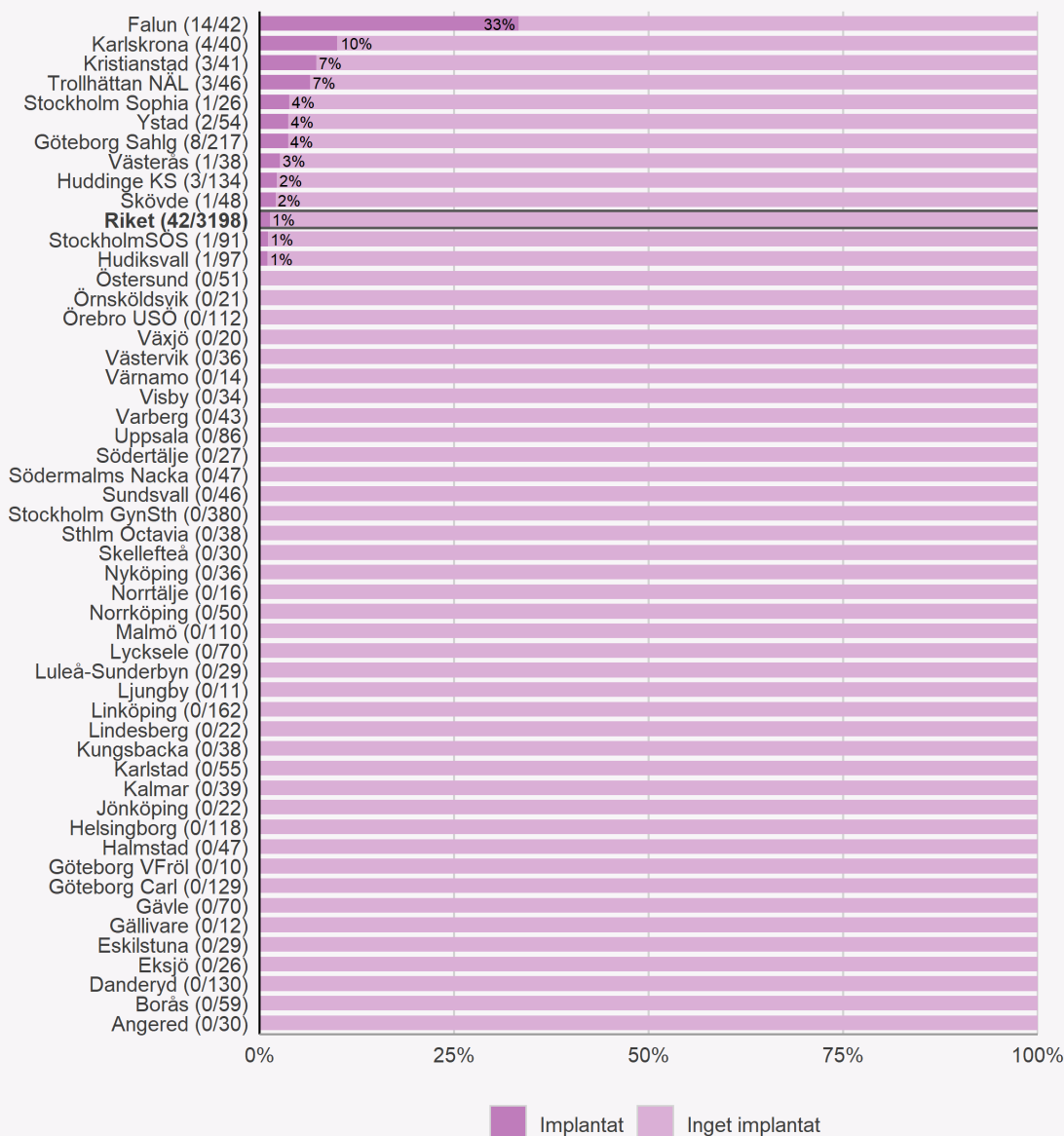
Vaginal nätkirurgi

Slutligen redovisas användningen av vaginala nät. År 2015 och 2016 opererades dryga 500 vaginala nät in. Vi ser nu en minskning för varje år. Tabellen nedan redovisar vilka nät (implantat) som använts de senaste två åren. Efter FDA:s förbud och varningar gällande vaginala implantat har många tillverkare dragit tillbaka sina nät från marknaden. I nuläget finns enbart Splentis och Calister kvar på marknaden. Det pågår dessutom en centralisering av vaginal nätkirurgi i Sverige, där 3-4 centra framöver tillåts erbjuda denna metod. Samma centra skall även ansvara för att bygga upp en kompetens kring att ta hand om patienter med nätkomplikationer.

Tabell 1. Vilka nät har använts i Sverige senaste två åren?

Nät	Antal 2019	Antal 2020
Splentis	53	31
Calister	102	53
Uphold	112	2
Ultrapro	9	7
Prolene	28	28
Pinnacle	24	7
Nuvia	6	
Elevate	4	1
Övriga	8	7
Totalt	346	136

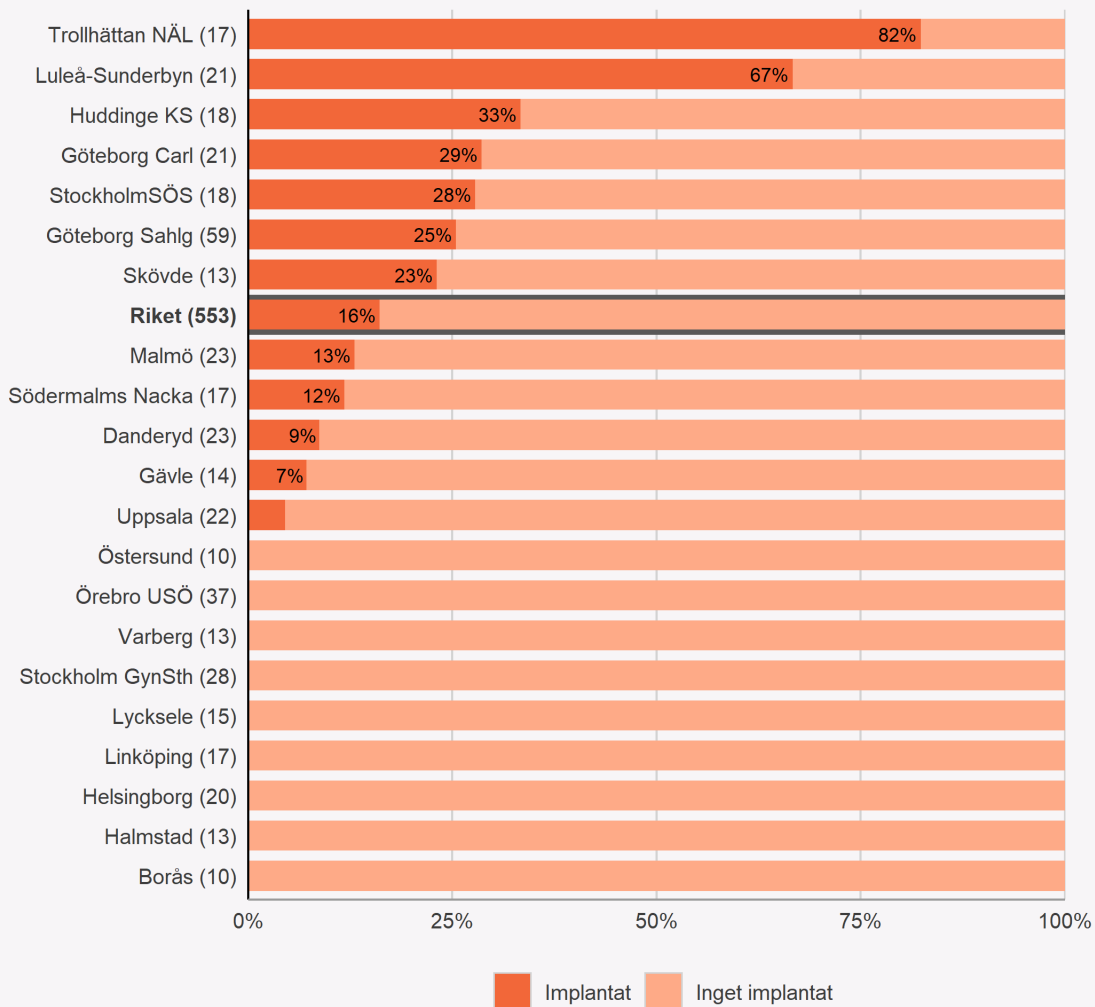
Implantat vid vaginal primäroperation



Figur 32. Implantat vid vaginal primäroperation.

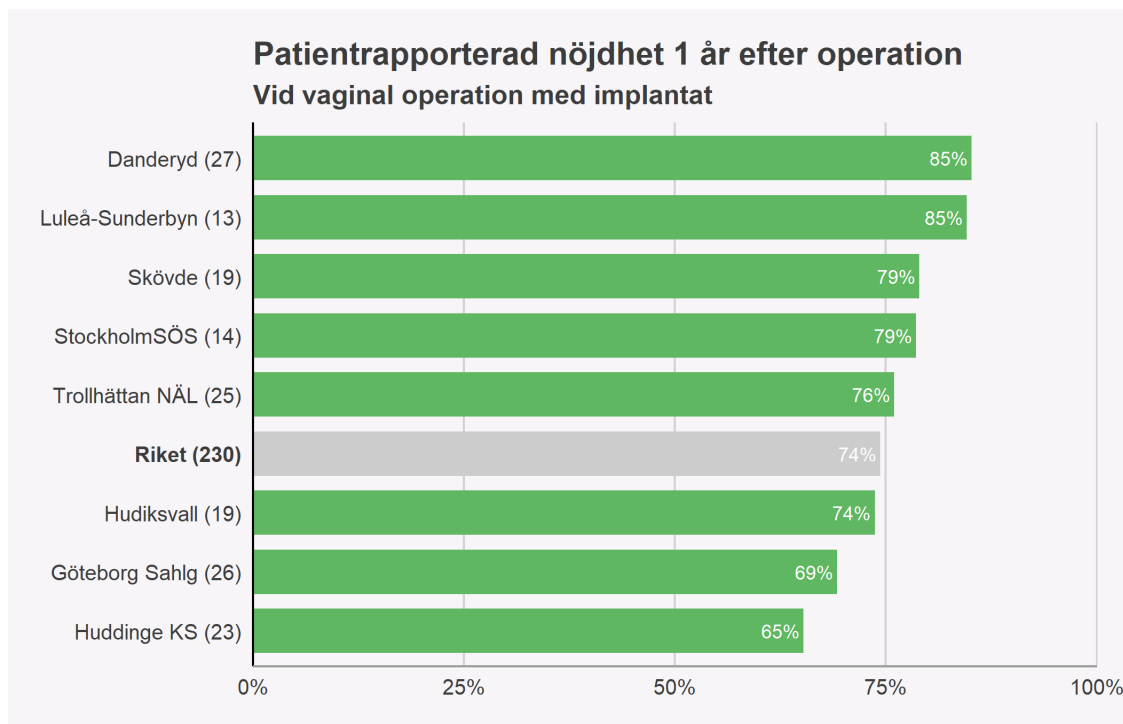
Vid recidivoperation i samma compartment är det dock inte helt ovanligt att man förstärker den kroppsegna vävnaden med ett syntetiskt nät. Dock ser man betydande olikheter i rutin över landet. När nätkirurgin centraliseras framöver kommer dessa relativt få ingrepp fördelas på färre operatörer, vilket troligtvis försämrar tillgängligheten för patienten men förhoppningsvis förbättrar resultaten. Eftersom det ständigt kommer nya nät och nättillverkare på marknaden så är det oerhört viktigt att varenda nätoperation registreras i vårt kvalitetsregister. Det är vårt bästa verktyg till att ha möjlighet att identifiera eventuella problem med implantaten.

Andel implantat vid recidiv i samma compartment



Figur 33. Andel implantat vid recidiv i samma compartment.

Den sista figuren redovisar patientrapporterad nöjdhet ett år efter operation med vaginalt nät.



Figur 34. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation med nät.

Sekundära analsfinkterrekonstruktioner

Tabell 2. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador (åtgärds-koder JHC10 och JHC00) som registrerats i GynOp år 2020.

Klinik	Antal
Huddinge KS	11
Linköping	7
Malmö	3
Kalmar	1
Uppsala	1

Tabell 3. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador (åtgärds-koder JHC10 och JHC00) 2018–2019.

Klinik	Antal
Linköping	28
Huddinge KS	17
Malmö	8
Örebro USÖ	2
Luleå-Sunderbyn	1
Östersund	1

Totalt 79% av de sekundära sfinkterplastikerna som registrerats 2018–2019 har svarat på nöjdhetsfrågan ett år efter operation. Av de som svarat var 64% nöjda med resultatet. Resultat kan i denna rapport ej presenteras på klinisknivå eftersom patienterna är få i antal och riskerar därför att bli igenkända.

Avslutande kommentarer

Vi vill rikta ett oerhört stort tack till alla kliniker och användare som dagligen flitigt fyller i formulären i GynOp-registret. Registret har en hög täcknings- och anslutningsgrad och dessutom är våra patienter väldigt måna om att svara på enkäterna. Detta innebär att vi har kompletta data som vi kan lita på. Vi skall värna om denna guldgruva. Tillsammans kan vi tack vare allas engagemang fortsätta använda registret till värdefull kvalitetsuppföljning och till att bedriva kvalitativ forskning.

Inom GynOp-registret lägger vi i nuläget stort fokus på att öka den interna validiteten i det vi registrerar. Gällande bäckenbottenkirurgi har beslut fattats om att byta de befintliga enkät-frågorna om bäckenbottenbesvär till validerade frågor som har högsta rekommendations-graden i ICS/IUGA.

Samtidigt pågår ett renoveringsprojekt där anamnes-/status- och operationsformuläret gällande bäckenbottenkirurgi genomgår omfattande förändringar. Ändringarna har presenterats för UR-ARG i februari och kommer att skickas för programmering. Vi siktar mot att lansera slutprodukten "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi 2.0" under år 2022.

Många kliniker använder registrets textgenerering till att skapa till exempel operations-berättelser. På så sätt slipper man dubbeldokumentation. Vi vill uppmuntra klinikerna till att utnyttja denna möjlighet.

Vaginala nätkirurgin, borttagande av nät samt sfinkterrekonstruktionerna kommer inom en snar framtid att centraliseras i Sverige (nationell högspecialiserad vård). Registret ser framemot ett nära samarbete med dessa centra för att hjälpa till med kvalitetsuppföljning.

Må vi under 2021 åter kunna öppna upp dörrarna till operationssalarna för våra patienter som lider av bäckenbottenbesvär. Vi får kavla upp ärmarna och hjälpas åt att komma i kapp.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Analsfinkter	Ringmuskel i ändtarmen
Anamnes	Sjukdomshistoria. Patienten får svara på frågor om sina sjukdomar och besvär, det görs en undersökning och tas eventuella prover för att göra en anamnes.
Anatomisk	Som rör eller avser kroppens uppbyggnad
Apikal	”Från toppen”, vid apikal prolaps avser det framfall av livmodern eller av slidans topp om livmodern är bortopererad.
ASA-klassificering ASA-kategori	ASA-klassificering på svenska” är en svensk översättning av ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Det är en 6-gradig skala där: ASA 1 = Frisk, icke-rökare, ingen eller minimalalkoholkonsumtion. ASA 2 =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/hypertoni, lindrig lungsjukdom.
Bakre plastik	Åtgärd av framfall när ändtarmen buktar ut i slidans bakvägg
BMI	Kroppsmasseindex eller BMI (efter engelskans Body Mass Index) är ett mått för en persons eventuella över- eller undervikt. BMI räknas ut genom att dela kroppsvikten i kg med kroppslängden (mätt i m) x 2 dvs kg/m ² . Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) motsvaras normalvikt av ett BMI mellan 18.5 och 25.
Bulkmedel	Ett receptfritt läkemedel som ger avföringen en mjukare konsistens och gör det lättare att bajs vid besvär med trög mage.
Cervixamputation	Borttagande av livmodertappen
Cochrane	Cochrane är ett globalt nätverk av forskare som sammanställer vetenskapliga översikter och summerar bästa tillgängliga evidens av forskning. Cochrane’s arbete anses vara en internationell måttstock för högkvalitativ, tillförlitlig information.
Compartment	Inom urogynekologin pratar man om tre olika ”compartments” eller områden i slidan. Med främre compartment menas slidans framvägg och underliggande urinblåsa. Med mitt-compartment menas slidans topp och livmodern. Med bakre compartment menas slidans bakvägg och underliggande tarm samt mellangården.
Demografiska karaktistika	Demografi = befolkningslära, karakteristika = kännetecken
Digital assistans	Hjälpa till med fingrarna
Dikotomiserad	Dikotomi betyder uppdelning av en helhet i två separata delar. Exempel: att en fråga som är uppdelad med mer än två svarsalternativ, t ex ”aldrig, nästan aldrig, ibland, ofta, mycket ofta” har grupperats om till enbart två alternativ, t ex att de tre första sätts som ”sällan” och de två senare sätts som ”ofta”. Används bland annat vid jämförelser och presentation av data.
Etiologi	Läran om orsaker och dess samband, till exempel sjukdomsorsaker.
Evidens	Bevis eller belagd kunskap
Fascia	En fibrös bindvävshinna som har som främsta uppgift att hålla muskler och muskelgrupper på plats när muskeln drar ihop sig
FDA	Food and Drug Administration, USA:s motsvarighet till Läkemedelsverket. FDA är de som godkänner att läkemedel får användas i USA.
Främre plastik	Åtgärd av framfall när urinblåsan buktar ut i slidans framvägg
Globuskänsla	Känsla att något buktar ut i eller ut ur slidan
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
ICS	International Continence Society
Implantat	Syntetiskt nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.
IUGA	International Urogynecological Association
Konsensus	Samstämmighet, att alla är överens om att något är/ska vara på ett visst sätt
Konvalescens	Tidsperioden för tillfrisknande efter en sjukdom eller operation
Korrelera	Stå i samband med, samverka med
Levator(muskel)	Muskelgrupp av tvärstrimmiga muskler i bäckenbotten. Fäster i bäckenbenet framtill och i svanskotan baktill.
Midline plication	En operationsteknik där man med stygn för ihop slidväggens bindväv från sidan till mitten.
Perinealkropp	Mellangården, muskelfäste mellan slidmyningen och ändtarmsöppningen
Perineorafif	Kirurgiskt ingrepp där mellangårdens muskelfästen återskapas så att mellangården (perinealkroppen) byggs upp.

Uppslagsord	Förklaring
Perioperativ vård	Vården från inläggning till utskrivning efter operation.
Postoperativ	Efter operationen
Primär operation	Den första gången patienten opereras på grund av framfall.
Proktocele	En typ av framfall där ändtarmen buktar ut i slidan
Prolabera	Att ett mjukt, inre organ glider ut eller faller ner, till exempel slidan eller livmodern/livmodertappen vid framfall. Kommer från ordet prolaps.
Prolaps	Framfall
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Sakrokolpopexi, sakrohysteropexi	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd. Ett nät sys fast på slidans fram och bakvägg samt fästes bak mot det framskjutande partiet vid övergången mellan sista ländkotan och korsbenet (promontoriet).
Sakrospinosusfixation	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd genom att med hjälp av suturmaterial eller nät fästa dessa mot ett ligament inne i bäckenet som heter sakrospinosusligamentet.
Sensitivitet	Begreppet används för att beskriva hur känsligt ett diagnostiskt test är. Sensitiviteten är andelen sjuka som identifieras med ett test. Hög sensitivitet innebär att testet hittar stor andel av dem som har sjukdomen.
Site-specific repair	En operationsteknik där man med stygn lagar specifika hål i slidans bindväv.
Specificitet	Specificitet är andelen friska som friskförklaras med ett test.
Ur-ARG	Vetenskaplig arbetsgrupp för urogynekologi inom specialistföreningen för obstetrik och gynekologi.
Urinretention	Oförmåga att tömma urinblåsan när man kissar

Referenser

1. Jelovsek JE, Chagin K, Lukacz ES, et al. Models for Predicting Recurrence, Complications, and Health Status in Women After Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol* 2018;132:298-309.
2. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29:13-21.
3. Salvatore S, Athanasiou S, Digesu GA, et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol Urodyn* 2009;28:301-4.
4. Ismail S, Duckett J, Rizk D, et al. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. *Int Urogynecol J* 2016;27:1619-32.
5. Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018;29:81-9.
6. Kawasaki A, Corey EG, Laskey RA, Weidner AC, Siddiqui NY, Wu JM. Obesity as a risk for the recurrence of anterior vaginal wall prolapse after anterior colporrhaphy. *J Reprod Med* 2013;58:195-9.
7. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
8. Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:942-8.
9. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
10. Miedel A, Tegerstedt G, Morlin B, Hammarstrom M. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1593-601.
11. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, et al. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J* 2018;29:431-40.
12. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
13. Halpern-Elenskaia K, Umek W, Bodner-Adler B, Hanzal E. Anterior colporrhaphy: a standard operation? Systematic review of the technical aspects of a common procedure in randomized controlled trials. *Int Urogynecol J* 2018;29:781-8.
14. Nussler E, Eskildsen JK, Nussler EK, Bixo M, Lofgren M. Impact of surgeon experience on routine prolapse operations. *Int Urogynecol J* 2018;29:297-306.
15. Bergman I, Soderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Does the choice of suture material matter in anterior and posterior colporrhaphy? *Int Urogynecol J* 2016;27:1357-65.