

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport 2017

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN JULI 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Mathias Pålsson, Carlanderska, Göteborg, registeransvarig för
hysterektomiregistret

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

Inledning	2
Operation	3
Operationsvolym och täckningsgrad.....	3
Patientens uppgivna besvär inför operation och indikationer	6
Operationsmetod	7
Totala/subtotala hysterektomier	10
Uterusstorlekens betydelse	11
Operationstid.....	14
Vårdtid.....	15
Planerad och faktisk sjukskrivning efter hysterektomi.....	17
Komplikationer.....	19
Patientupplevt resultat.....	24
Ordlista	29

Inledning

Rapporten baseras på data avseende patienter där det utförts total eller subtotal hysterektomi på benign indikation. Hysterektomier vid känd eller misstänkt malignitet samt de som gjorts på prolapsindikation har inte tagits med.

I urvalet finns data från 50 kliniker. De data som hämtats ur 1-årsenkäten innehåller uppgifter från 52 kliniker.

Under år 2017 har samtliga kliniker som tidigare registrerat i GKR börjat registrera direkt i GynOp. Övergången skedde vid olika tillfällen under vårterminen 2017. Liksom tidigare har data förts över från GKR till GynOp fram till det datum då övergången skedde för respektive klinik. Det innebär att rapporten består av blandade data för de kliniker som tidigare registrerade i GKR. Därmed behövs fortsatt medvetenhet om de risker en konvertering medför när resultaten utläses och tolkas.

Uppgifter om operationer är hämtade från kalenderåret 2017. Figurer som baseras på uppgifter hämtade från den 2-månadersenkäten är hämtade från operationer utförda under perioden 1:a oktober 2016 till sista september 2017. Figurer baserade på 1-årsenkäten kommer från operationer utförda under perioden första oktober 2015 till sista september 2016.

Kliniker som har rapporterar färre än 10 operationer/uppgifter exkluderas ur figurerna.

Vi använder begreppet "standardpatient" för att mera rättvist göra jämförelser mellan enskilda kliniker, eftersom patientmaterialet kan skilja sig åt mellan klinikerna i viktiga avseenden som kan påverka resultatet. På så vis tänker vi oss att case-mix-problematiken minskar.

Kriterierna för standardpatienterna är oförändrade och utformade så att ingen av dessa patienter skall behöva remitteras till annat sjukhus av medicinska skäl för att genomgå hysterektomi på benign indikation. Följande kriterier gäller: ASA1-2, BMI <35, ålder 30–60 år, ej indikation prolaps eller endometrios. Dessa kriterier har accepterats av representanter från en majoritet av landet kliniker.

En förändring i årets rapport är att i en del figurer sker jämförelse mellan standardpatienter och icke-standardpatienter. Tidigare har jämförelse skett mellan standardpatienterna och alla patienter. Eftersom majoriteten av patienterna sorteras som standardpatienter har det i praktiken inte funnits några särskilda skillnader att se. Återstår då i årets rapport att se om de som inte är standardpatienter avviker.

Finns synpunkter på innehållet eller utformningen av rapporten tas dessa tacksamt emot: mathias.palsson@gu.se.

Operation

Operationsvolym och täckningsgrad

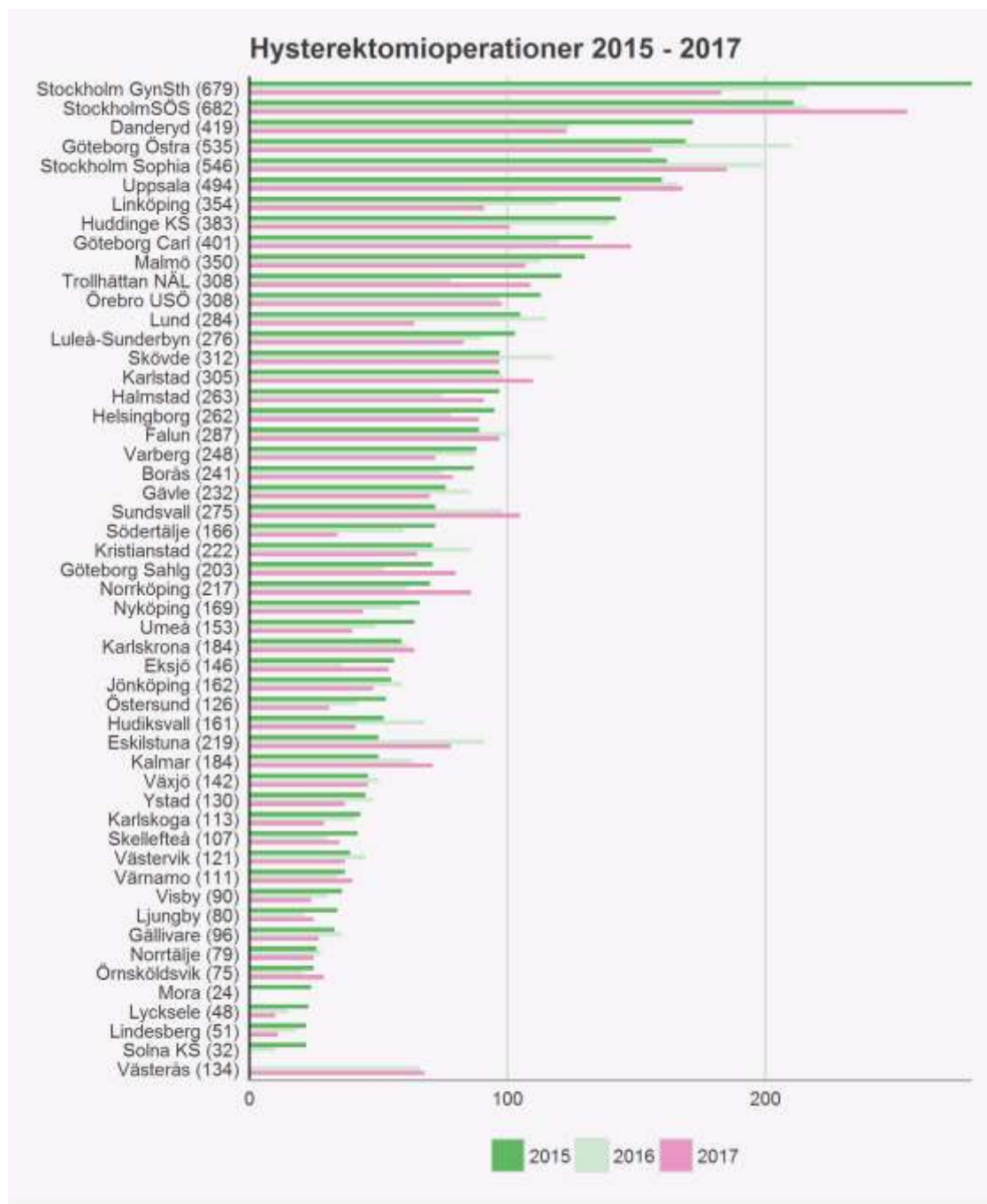
Under år 2017 opererades 3890 (4091) personer som uppfyllde kriterierna för att ingå i rapporten. Underlaget för figurerna som baseras på 8-veckorsenkäten utgörs av 4018 (4064) personer. Figurer baserade på 1-årskäten har 4068 (4318) personer som underlag. Siffrorna inom parentes är motsvarande siffror för rapporten 2016. Vid slagning i Socialstyrelsens databas över operationer utförda inom slutenvård finner man att antalet hysterektomier håller sig relativt konstant den senaste 5-årsperioden, även om det går att avläsa en minskande trend om man bortser från år 2015. Observera att detta är antalet hysterektomier som finns i Patientregistret och någon sortering på indikationer är inte gjord, enbart ingrepp. Således finns hysterektomier gjorda i samband med prolaps och malignitet med.

Operation	2012	2013	2014	2015	2016
LCC10 Supravaginal uterusamputation	692	660	490	484	377
LCC11 Laparoskopisk subtotal hysterektomi (LSH)	46	95	38	297	180
LCD00 Hysterektomi	4 603	4 304	3 979	3 787	3 492
LCD01 Total laparoskopisk hysterektomi	594	787	1 121	1 344	1 677
LCD04 Laparoskopisk hysterektomi	54	90	135	279	176
LCD10 Vaginal hysterektomi	1 998	1 849	1 770	1 741	1 426
LCD11 Laparoskopiskt assisterad vaginal hysterektomi	281	335	413	385	350
Total	8268	8120	7946	8317	7678

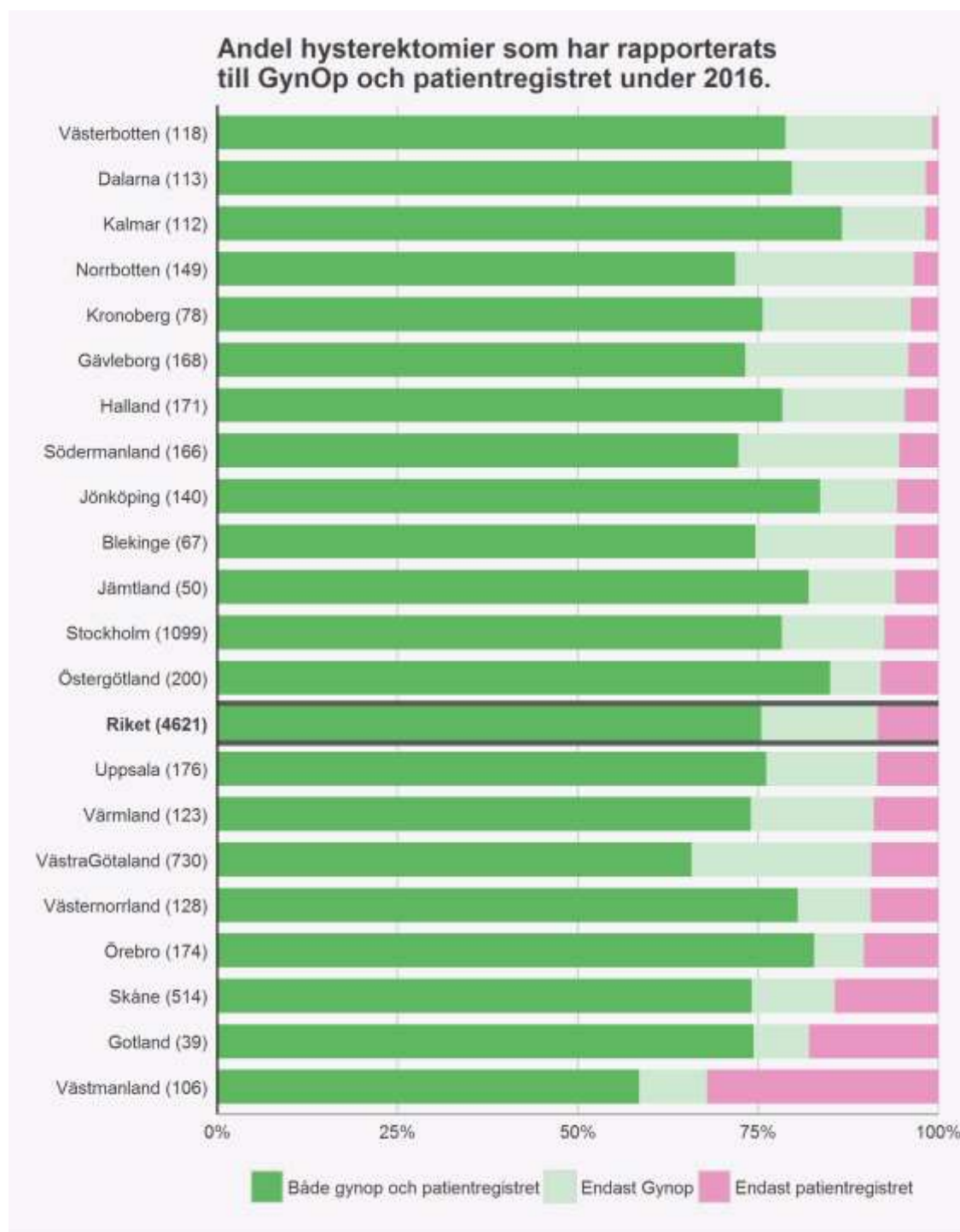
Tabell 1. Antal hysterektomier ur patientregistret åren 2012-2016

Det finns en viss variation i antalet hysterektomier en enskild klinik utför varje år (figur 1, sorterat utifrån antalet registrerade hysterektomier 2015), men hög- respektive lågvolyms-kliniker behåller i stort sina volymer.

I figur 2 framgår täckningsgraden där överensstämmelsen mellan GynOp och Patientregistret är 75 % för hela riket. En del kliniker har bättre registrering i GynOp än i patientregistret och för andra kliniker är det tvärtom. Självklart är det av vikt att ha så litet bortfall som möjligt i GynOp. Om vissa kliniker har låg andel registrerade patienter kan deras resultat inte jämföras med kliniker där registreringen är mer eller mindre komplett.



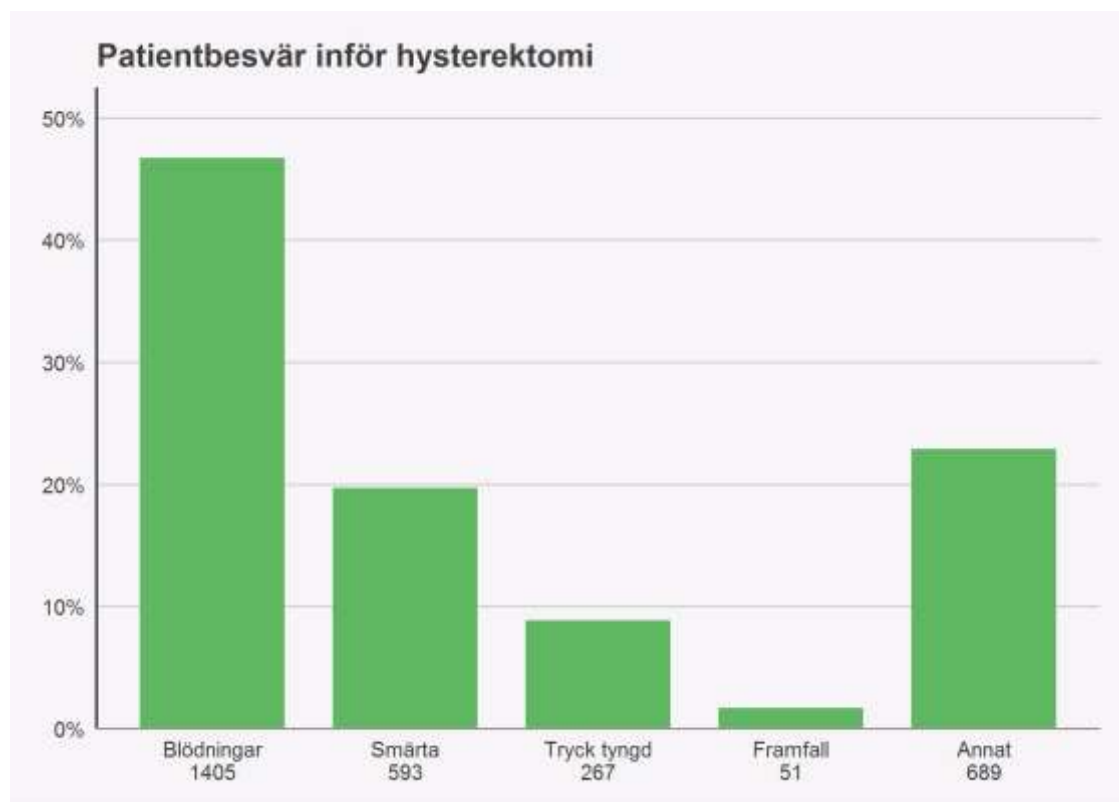
Figur 1. Hysterektomier 2015–2017. Beräknat på intervallet 40–60 år som motsvarar 10:e och 90:e percentilen.



Figur 2. Andel med överensstämmelse för patienter rapporterade till GynOp och Patientregistret.

Det är 75 % täckningsgrad mellan GynOp och Patientregistret. Noterbart är att det av figur 2 framgår att majoriteten av kvinnoklinikerna är bättre på att registrera i GynOp jämfört med hur fullständigt respektive sjukhus rapporterar till Patientregistret. De kliniker som har sämst täckningsgrad och där registreringen i GynOp är sämre än till Patientregistret bör se över sina rutiner.

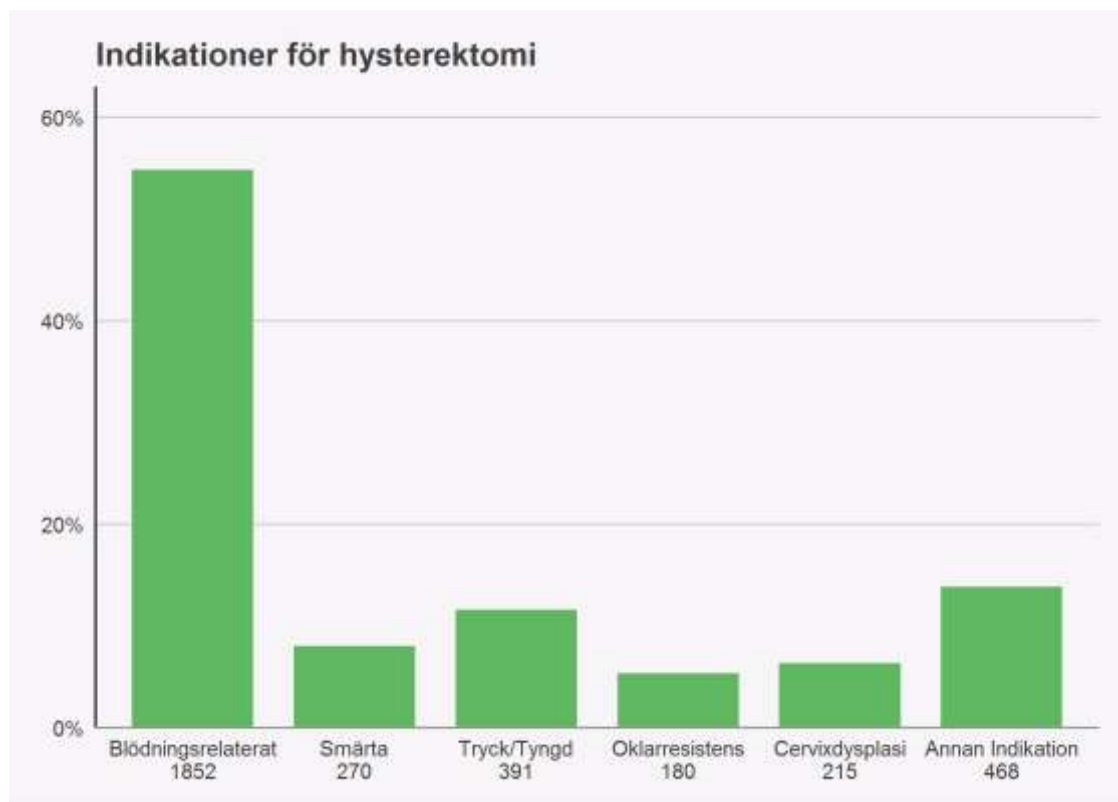
Patientens uppgivna besvär inför operation och indikationer



Figur 3. Huvudsakliga besvär uppgivna av patienten inför operationen (alla hysterektomier).

Det finns en del skillnader i vad patienterna uppger vara det största besväret som orsakar operationen, beroende på om det är en standardpatient eller inte. Av standardpatienterna uppger 51 % att blödningar är vanligaste besväret jämfört med 34 % hos icke-standardpatienter. En något högre andel icke-standardpatienter anger smärta som huvudsakliga besväret (23 % mot 19 %). Bland icke-standardpatienter anger 30 % "annat" mot 20 % bland standardpatienterna som största besvär.

De av läkarna satta indikationerna skiljer sig något mot patienternas uppgivna besvär (figur 4). Främst ser man en högre andel blödningsbesvär (55 %) och en lägre andel smärta (8 %).



Figur 4. Indikationer för hysterektomi.

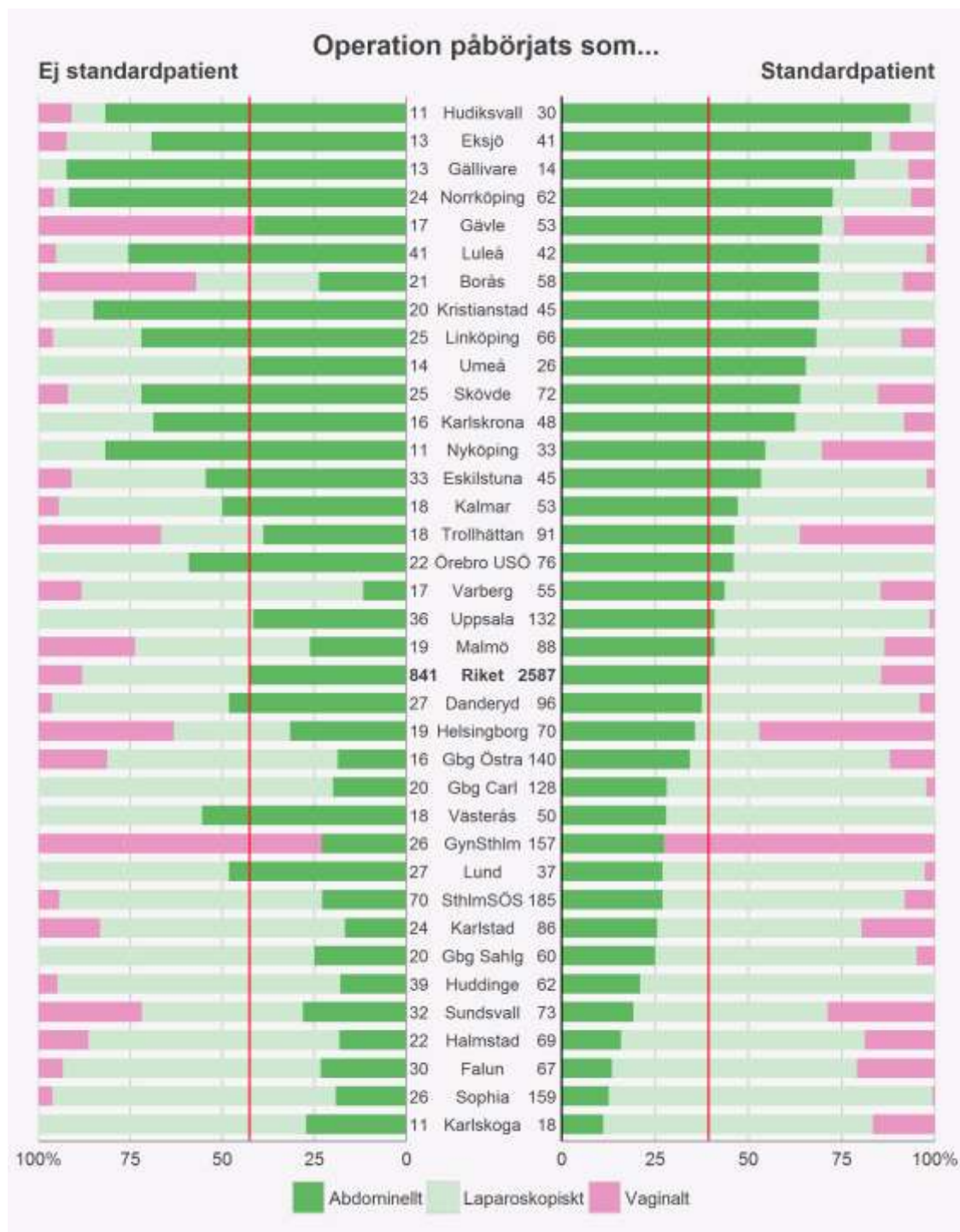
Operationsmetod

Efter några års trend så är inte längre abdominell hysterektomi den vanligaste operationsmetoden i Sverige vid benign hysterektomi. Laparoskopisk hysterektomi utfördes vid 43,5% (40 %) av alla operationer, abdominell 42,7 % (45 %) och vaginal i 13,8 % (15 %). Det innebär att 57,3 % av alla benigna hysterektomier utförs med minimalinvasiv teknik. Motsvarande siffror för operationsåret 2016 inom parantes. Skillnaden mellan kliniker är däremot avsevärd. Spridningen för andel abdominell hysterektomi är från 11 % till 100 % för alla patienter (figur 7).

Det är svårt att säga exakt hur stor andel den minimalinvasiva tekniken ska ha i en optimal situation. Indikationer och alternativa behandlingar påverkar. Den nybildade BENK-argruppen (arbets- och referensgrupp för benign gynekologisk kirurgi) avser göra en genomlysning av detta.

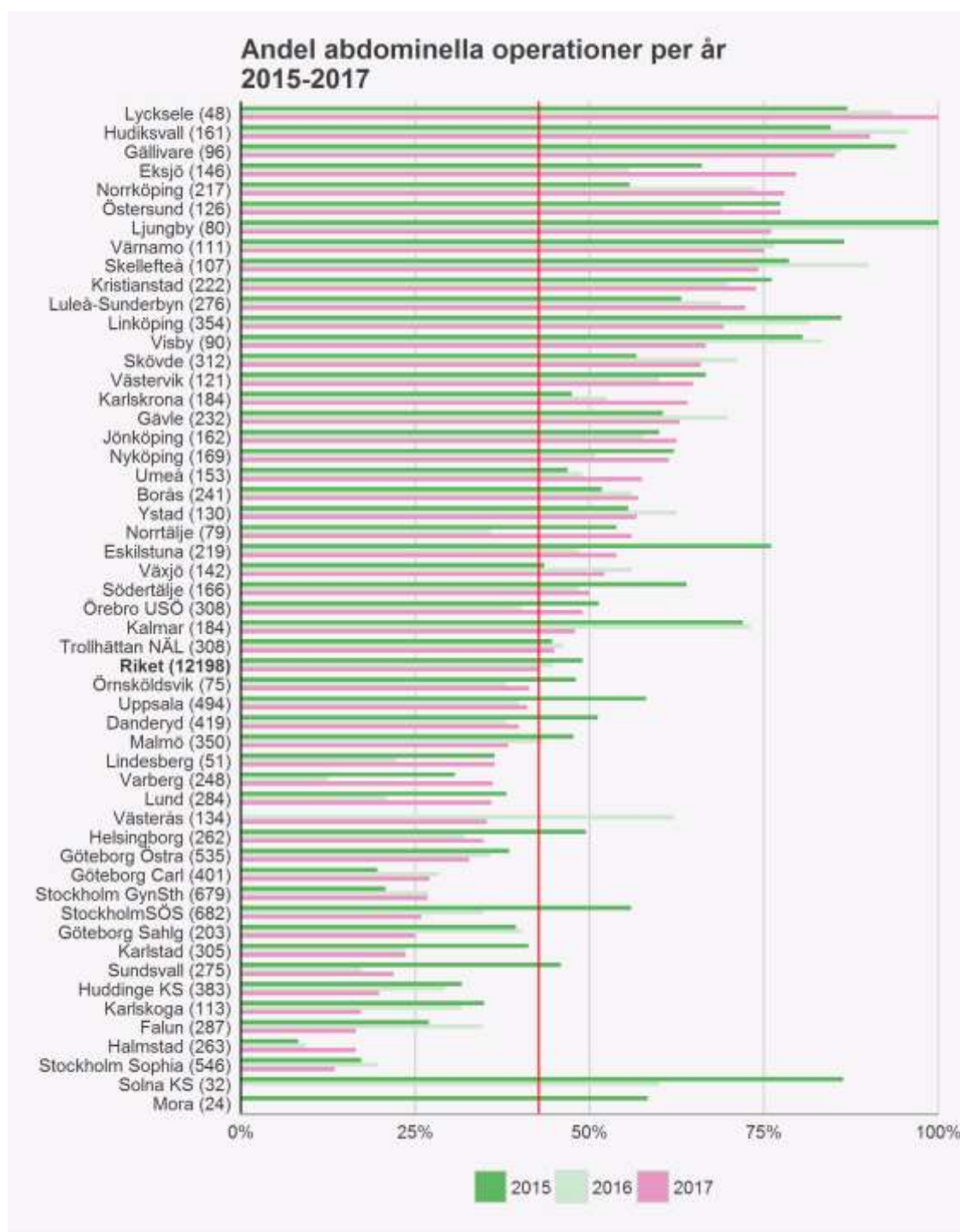
Undertecknad har personlig kännedom om att man på flera håll aktivt satsat på utbildning och kompetensutveckling för att kunna göra fler minimalinvasiva hysterektomier, främst i form av laparoskopiska sådana. En faktor som utifrån siffrorna troligen möjliggjort en ökning är att tillgången till robotassisterad laparoskopi ökat.

Under 2016 angav 19 kliniker att de utfört robotassisterade laparoskopiska hysterektomier. För en del av dessa kliniker har det varit den dominerande operationsmetoden, för andra mer sporadisk användning (figur 7). Under 2017 har 21 kliniker av 50 som registrerat benigna hysterektomier i GynOp använt sig av robotassistent.



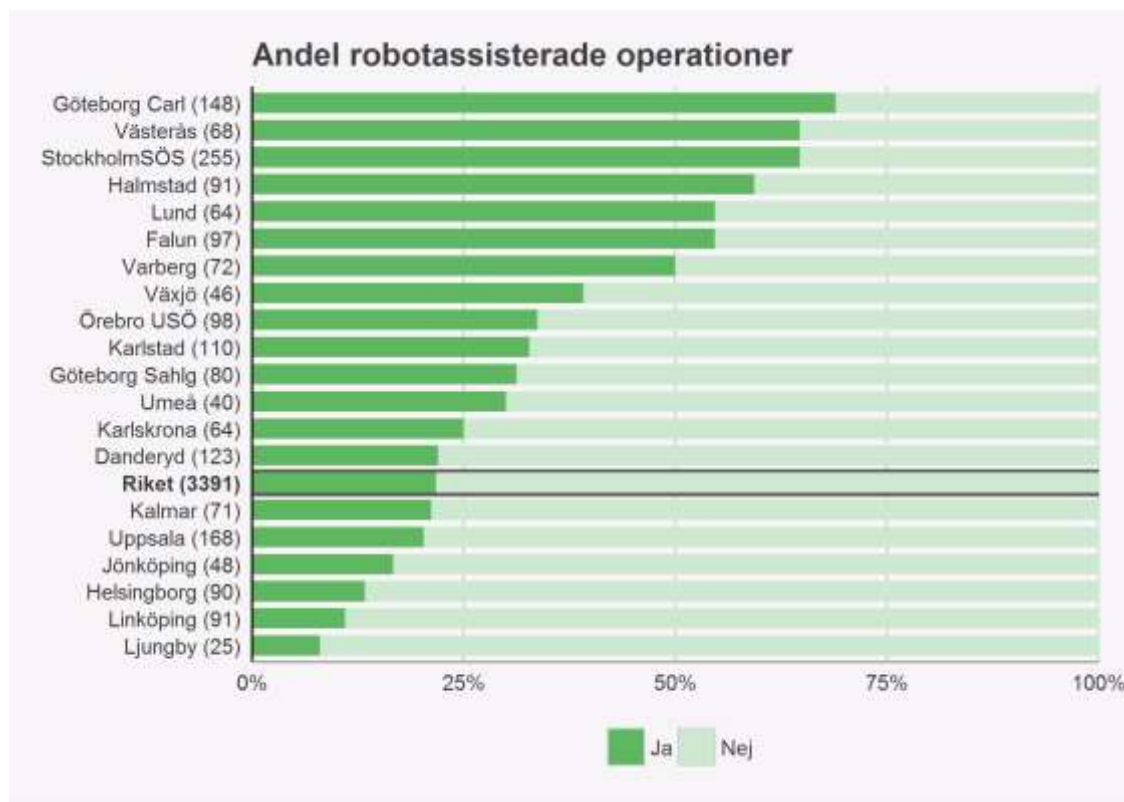
Figur 5. Fördelning mellan operationsmetoderna uppdelat på standardpatienter och icke-standardpatienter. Observera att här faller alla kliniker med färre än 10 icke-standardpatienter bort. En variant som innehåller alla kliniker kommer publiceras senare.

I figur 5 framgår det att det finns en viss variation på kliniknivå i hur man vanligen opererar standardpatienter och icke-standardpatienter. På riksnivå finns dock ingen skillnad. Notera att denna figur skiljer sig från motsvarande figur i förra årsrapporten då den visade standardpatienter jämfört med *alla* patienter.



Figur 6. Andel abdominella hysterektomier per klinik för åren 2015–2017.

Figurerna avseende operationsteknik baseras på hur man startat operationen. Konvertering till öppen bukkirurgi förekommer i varierande grad beroende på startteknik. Vid vanlig laparoskopisk teknik konverterades 10,1 % (85 stycken i absoluta tal) till öppen operation. Om däremot robotassisterad laparoskopi använts är det bara 2,1 % (16 stycken) som konverterats. Vaginal kirurgi konverterades i 4,5 % (24 stycken) av fallen. Den vanligaste orsaken till konvertering för samtliga minimalinvasiva tekniker är att det upplevts tekniskt svårt. Konvertering pga. komplikation är enligt registerdata unika händelser.

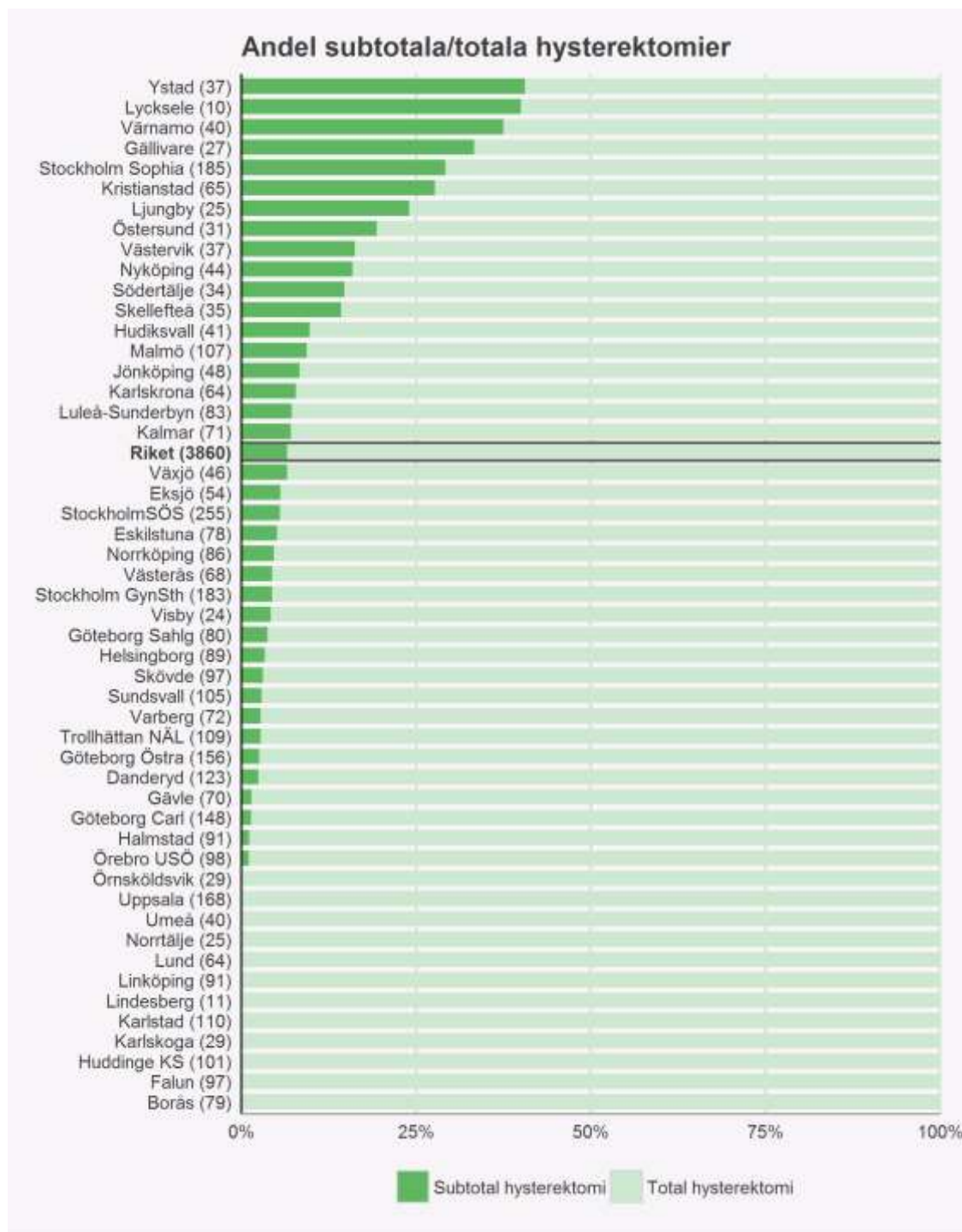


Figur 7. Kliniker som angivit att de utfört robotassisterad benign hysterektomi under 2017.

Vilka kliniker har tillgång till robotteknologin? Som framgår ur figur 7 så är spridningen mycket stor mellan kliniker hur många hysterektomier som utförs totalt. Skillnaden är faktisk 10-faldig (25 mot 255 hysterektomier). Således är det inte klinikstorlek som avgör. Alla universitetskliniker har tillgång till robot. Däremot utförs inga benigna hysterektomier vid Karolinska Solna. I Stockholm har dock både Danderyd och Södersjukhuset robot.

Totala/subtotala hysterektomier

Föregående år visades en figur över hur fördelningen mellan totala och subtotal hysterektomier ser ut. Några avgörande skillnader till i år finns inte (figur 8). Det är fortsatt så att majoriteten av kliniker verkar utföra detta undantagsvis medan ett fåtal kliniker gör det mer regelbundet. I den vetenskapliga litteraturen har inga avgörande skillnader mellan metoderna påvisats, vilket sannolikt lett till att subtotal hysterektomins popularitet är mindre nu än förr. Noterbart är att vid universitetskliniker, där andelen tumörkirurger är hög, förekommer subtotal hysterektomi sporadiskt. Det har i slutet av 2017 varit ett konstituerande möte för att bilda en arbets- och referensgrupp inom området benign, intraabdominell kirurgi. Att arbeta för samsyn och likriktning i val av operationsmetoder vid benign hysterektomi kan vara ett område för den nystartade ar-gruppen att arbeta med.

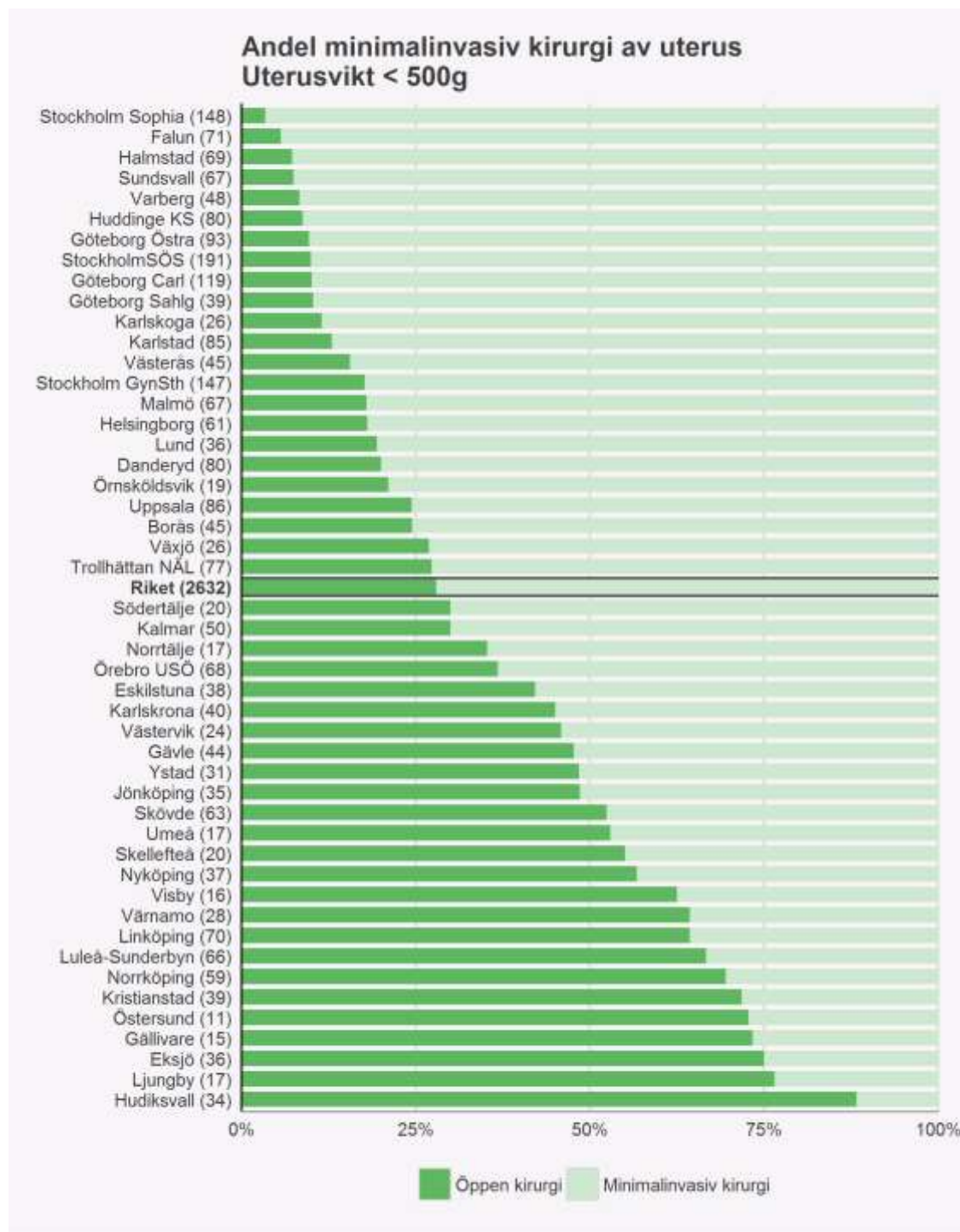


Figur 8. Andel subtotala hysterektomier av totala antalet hysterektomier, uppdelat klinikvis.

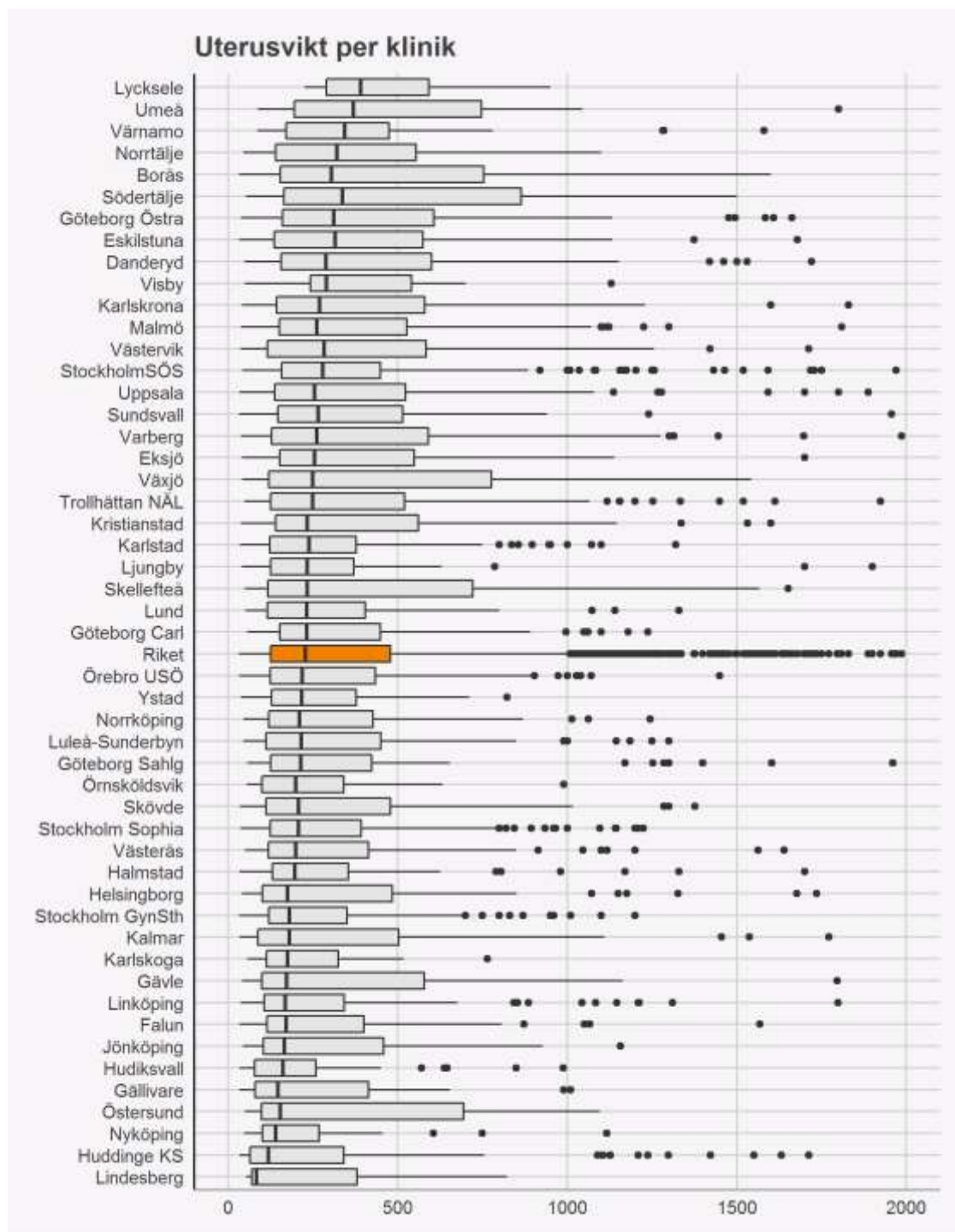
Uterusstorlekens betydelse

Flera faktorer styr valet av operationsmetod. Om vi bortser från traditioner vid respektive klinik och individuell kompetens hos enskilda operatörer, så är det faktorer som storleken på livmodern, var myom är belägna, hur rörlig livmodern är och eventuellt tidigare kirurgi som styr valet. Vana laparoskopister (med eller utan robot) kan operera bort överraskande stora livmödrar. Återstår sedan problemet att få ut preparatet utan att behöva göra en hel laparotomi.

Sedan morcellering i fri bukhåla blivit ifrågasatt för några år sedan har nya kreativa sätt att lösa den problematiken kommit. Det finns speciella påsar att använda där vanlig automatisk morcellator kan användas, knivmorcellering via minilaparotomier eller vaginalt med livmodern i påse. Helt klart är att vid flera kliniker så förefaller det som om man även angriper rätt stora livmödrar med minimalinvasiv teknik.



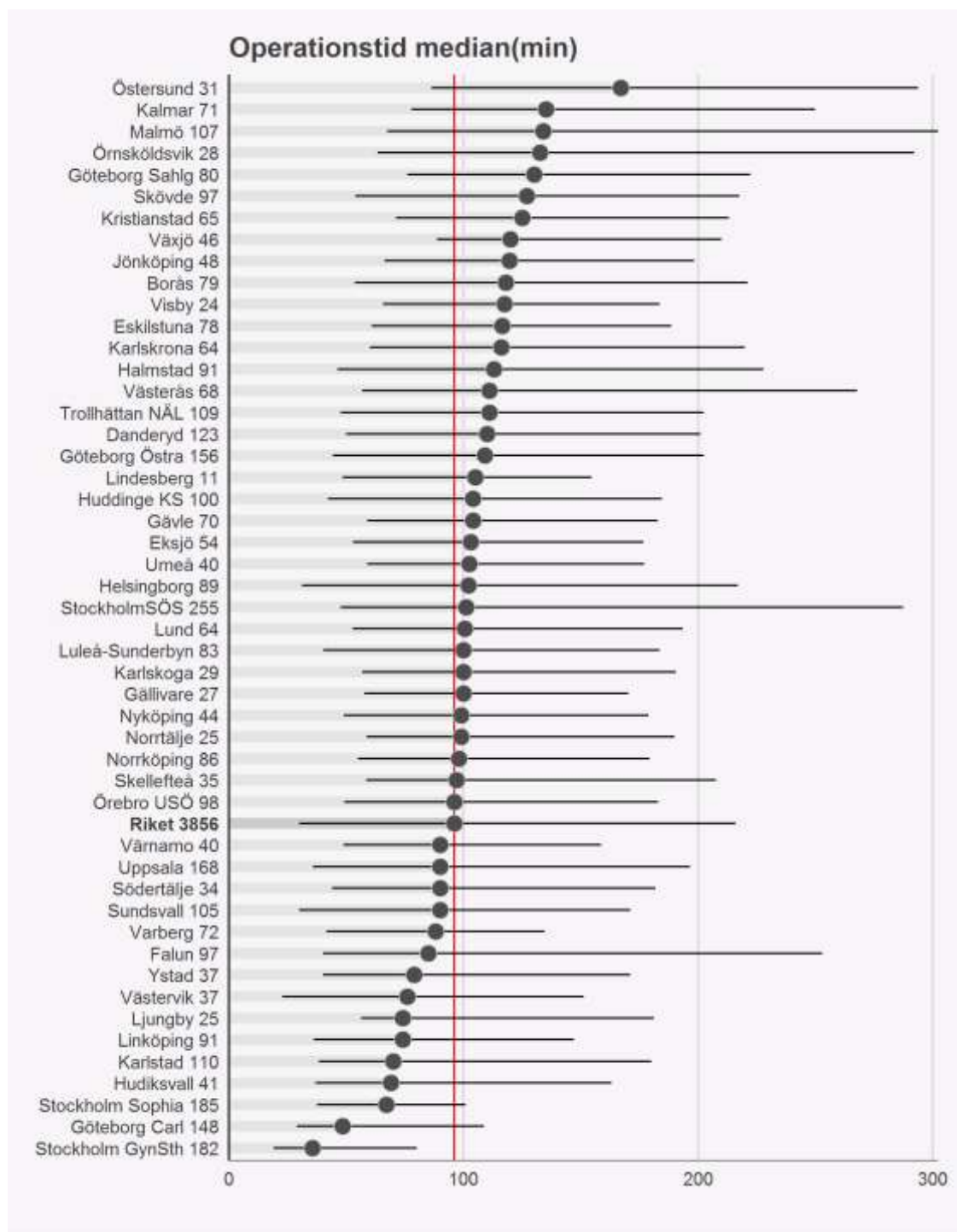
Figur 9. Andel minimalinvasiv hysterektomi på livmödrar med vikt under 500 gram.



Figur 10. Uterusvikt per klinik. Medianvikt framgår av den tjocka linjen i boxarna.

Angivelsen av den preoperativa storleken av livmodern har i GynOp gjorts med en uppskattning av storleken i förhållande till hur stor en livmoder är vid olika graviditetsveckor. Det är en metod med många felkällor och den är på väg bort ur registret. Den preoperativa storleken är ändå av intresse och en ultraljudsbaserad storleksskattning ska tas fram.

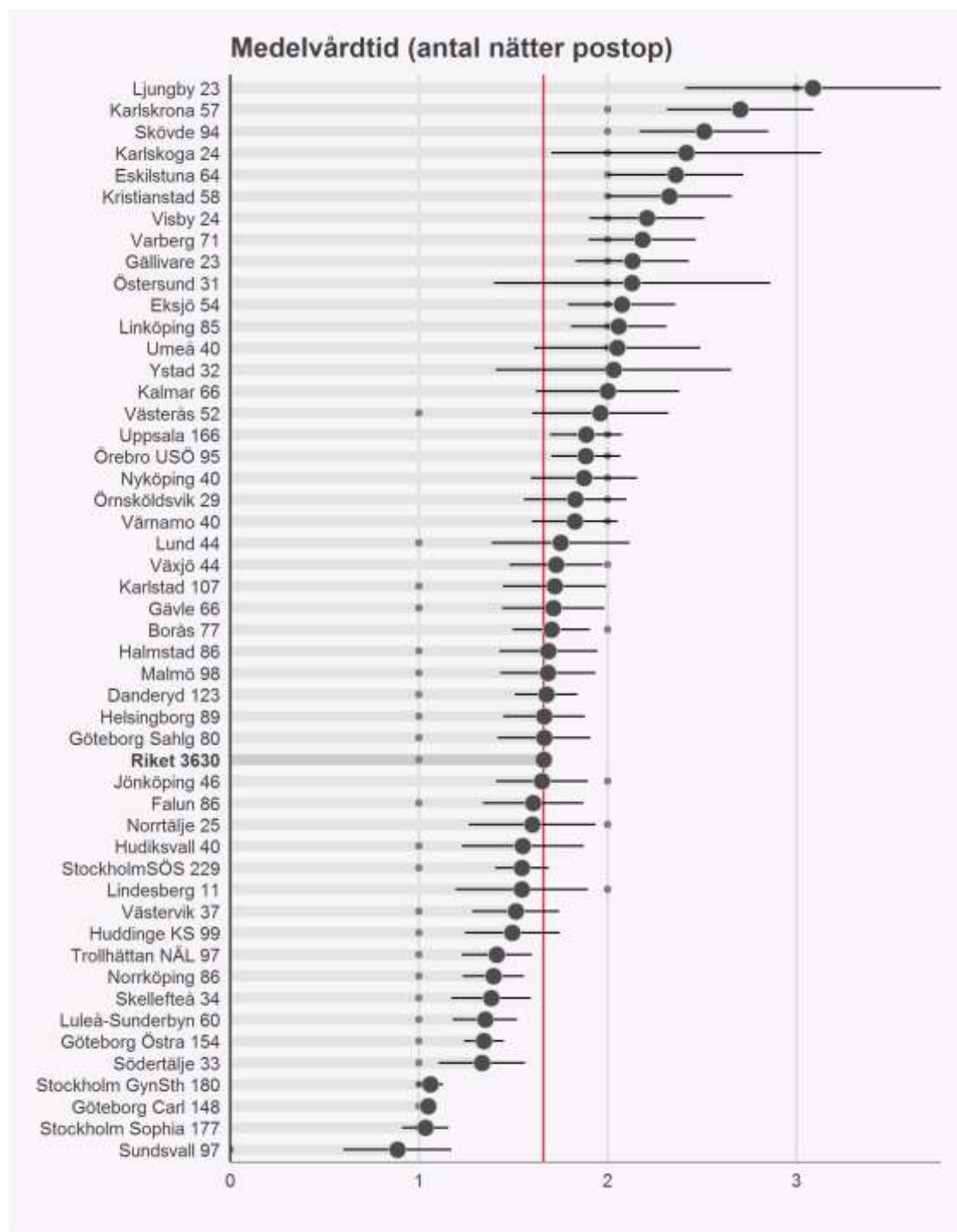
Operationstid



Figur 11. Median operationstid fördelat per klinik.

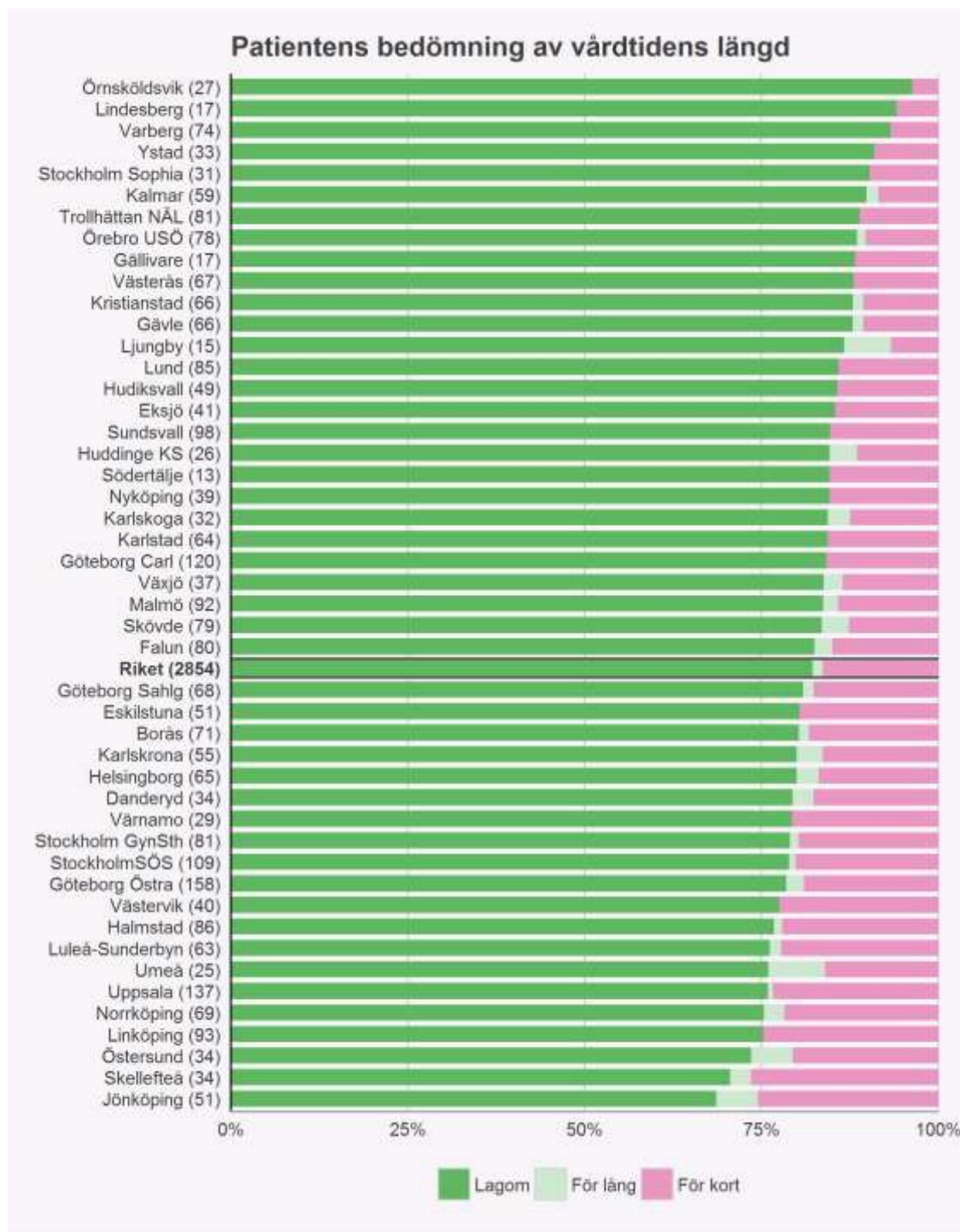
Det finns ganska stora skillnader i median operationstid mellan en del kliniker. Noterbart är att de tre klinikerna med kortast operationstid alla är privata kliniker. De saknar formaliserat utbildningsuppdrag. Upplärning av yngre, oerfarna kolleger är en faktor som kan påverka operationstiden. Även skillnad i vad som registreras som operationstid. I GynOp har vi beslutat att operationstid vid hysterektomi är "skin-to-skin". Det innebär att tid för att applicera ev. fornixpresentatör inte räknas med. Beslut om detta togs i samband med att HOPPSA-studien startade.

Vårdtid



Figur 12. Medelvårdtid uttryckt i antal nätter patienten stannat postoperativt.

Medelvårdtiden har inte ändrat sig jämfört med år 2016. Även de stora skillnaderna i medelvårdtid mellan klinikerna kvarstår, från ett till tre dygn i extremfallen. I Sundsvall har man börjat utföra vaginala hysterektomier i dagkirurgi. Det är den sannolika orsaken till att Sundsvall har kortast medelvårdtid.



Figur 13. Patientrapporterad upplevelse avseende vårdtidens längd.

Trots den korta vårdtiden i Sundsvall så är patienterna mer nöjda med längden jämfört med rikets genomsnitt. Det går inte att se något tydligt mönster mellan vårdtid och hur nöjda patienterna är med den. Sannolikt så styr andra faktorer upplevelsen av vårdtiden för patienten än just hur länge de ligger på sjukhus.

Planerad och faktisk sjukskrivning efter hysterektomi



Figur 14. Planerad sjukskrivning (grön punkt) mot faktisk sjukfrånvaro (rosa punkt)

Det är en orimligt stor skillnad mellan klinikerna i planerad sjukfrånvaro efter en hysterektomi. Från 19,5 till 34 dagar. Figur 14 visar inte att patienter opererade på kliniker med kort sjukfrånvaro sedan får en längre faktisk frånvaro. Valet av operationsmetod styr naturligtvis planerad sjukskrivning, men jämför man figur 14 med figur 5 och 6 ser man att det inte är hela sanningen. Kliniker med relativt hög andel abdominella hysterektomier kan ändå återfinnas under rikets snitt både i planerad och faktiskt sjukfrånvaro. Socialstyrelsen ger riktlinjer avseende sjukskrivning:

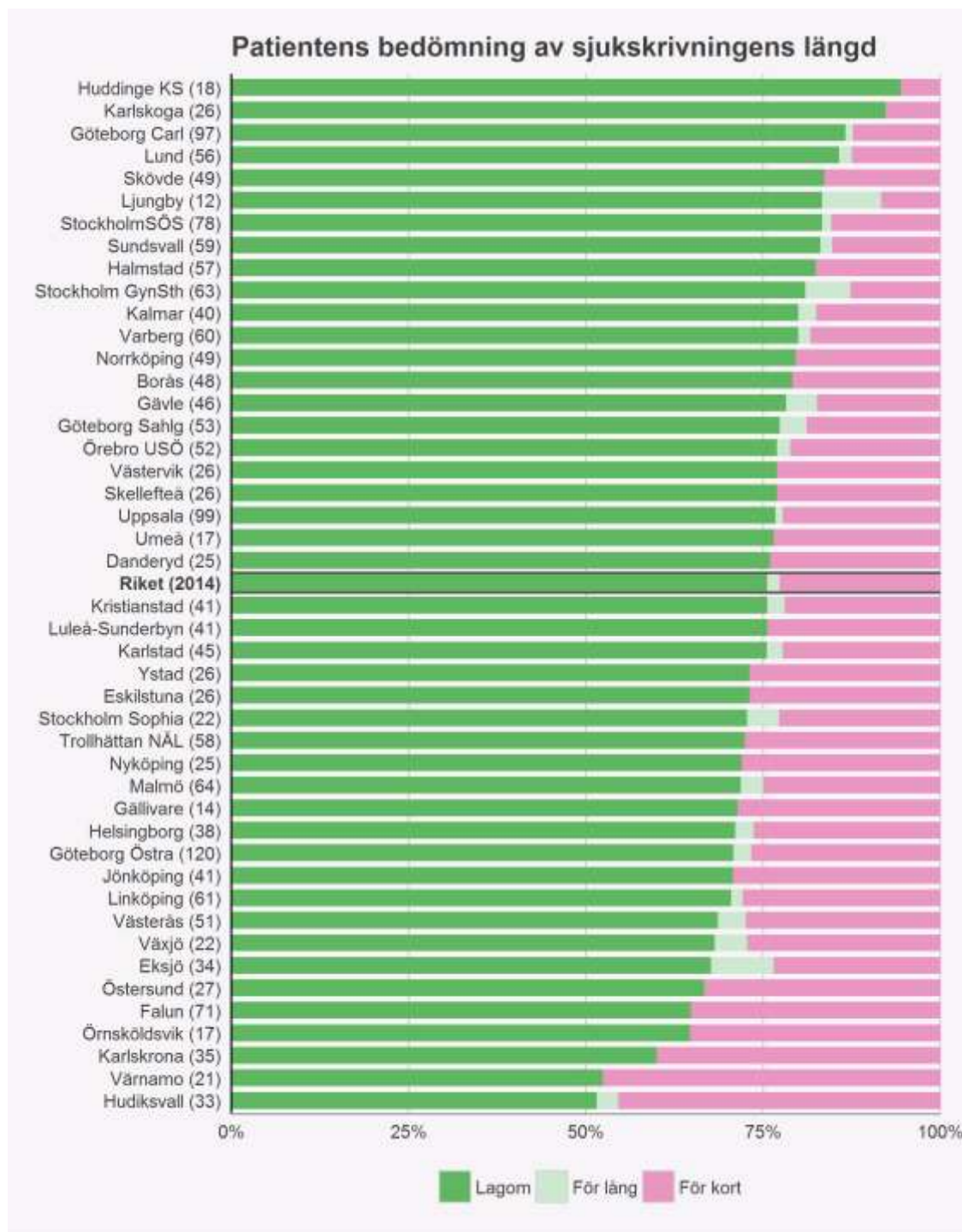
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/hysterektomi-d25-n80-n850-n851>

Sammanfattningsvis rekommenderas där:

- Vid fysiskt lättare arbete och kombinerad laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 3 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt tyngre arbete och kombinerad laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 4 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt lättare arbete och abdominell hysterektomi (traditionell kirurgi) upp till 4 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt tyngre arbete och abdominell hysterektomi (traditionell kirurgi) upp till 5-6 veckors sjukskrivning.

Var finns då förklaringen till variationen i planerad sjukfrånvaro? Är det stora skillnader i vilken typ av arbete de kvinnor som opereras vid olika kliniker har? Eller är det lokala traditioner och uppfattningar om vad som är lämpligt som styr? Den faktiska frånvaron påverkas i hög grad av hur lång den planerade är, men naturligtvis spelar komplikationer en stor roll här.

De tre kliniker som ligger i topp avseende andel patienter som är nöjda med sin sjukskrivningslängd (figur 15) återfinns i figur 14 som den med kortast respektive längst samt på rikets medel avseende planerad sjukfrånvaro.

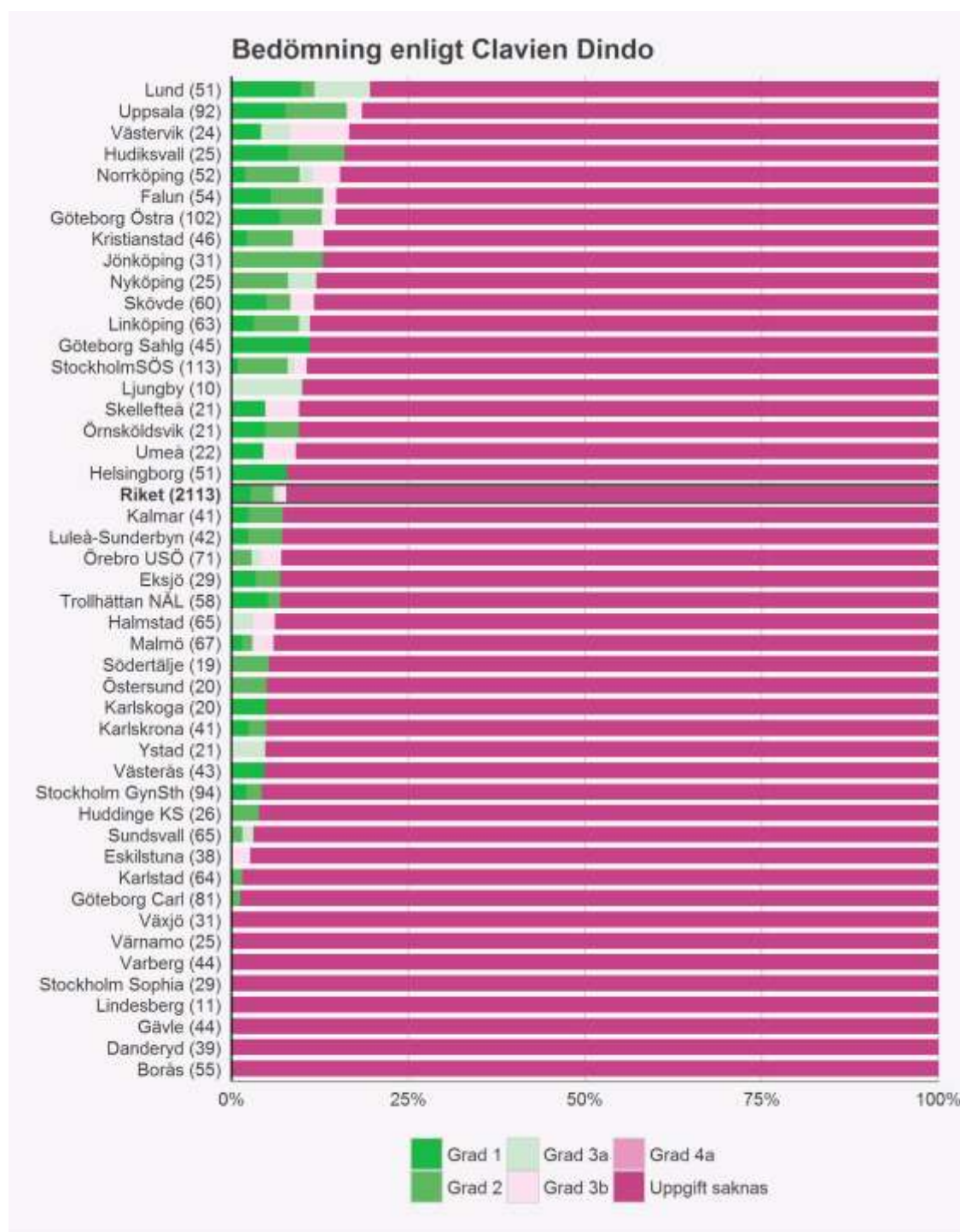


Figur 15. Andel patienter som är nöjda med sjukskrivningens längd.

Komplikationer

Sedan ett år så har komplikationsregistreringen i GynOp utökats i och med att verktyget Clavien-Dindo har införts. Clavien-Dindo är inriktat på att ge en beskrivning av *hur* en patient påverkats av en komplikation, istället för att beskriva typen av komplikation. En av fördelarna med detta är att det ger en tydligare beskrivning av följderna med en komplikation för patienten, men det kommer också att underlätta i forskningssammanhang. Clavien-Dindo-registreringen dyker upp när man i bedömningen anger en komplikation uppstått.

I figur 16 framgår att det inte alls fungerat hittills. Nu beror inte det bara på att det är ett nytt instrument som kan ta tid att ta till sig utan också på att det funnits en bugg i systemet som gjort att instrumentet inte alltid dykt upp när det ska. Buggen fixas och vi räknar med att ifyllandegraden blir bättre.



Figur 16. Komplikationer enligt Clavien-Dindo efter hysterektomi. Andelen uppgifter som saknas omöjliggör vidare analys i nuläget.

Allmänna kompl. i ☐ Visa

Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo: i

Komplikations- och åtgärdscommentarer:

Urinvägar (prolaps-eller inkontinen

KAD efter utskrivning: Nej Vet ej

Urinretention efter utskrivning: Nej Vet ej

Residualurinmätning: Nej Vet ej

Inkontinens:

Enkät bedömd av: Läkare Sekrete

Datum: i

☐ Till "sammanfattande text" enbart be

Kompletterande upplysningar:

Föregående Nästa

Grad 1: Onormalt postoperativt förlopp utan specifik åtgärd, dock ingår yttlig sårinfektion som öppnas utan anestesi samt diuretika, elektrolyter, analgetika och sjukgymnastik

Grad 2: Krävt en farmakologisk åtgärd, tex. antibiotika, blodtransfusion eller TPN

Grad 3A: Krävt en intervention av operativ, endoskopisk, röntgenologisk art i lokal anestesi

Grad 3B: Motsvarande intervention som i 3a, men utförd i generell anestesi. Alla komplikationer som krävt reoperation har minst grad 3b

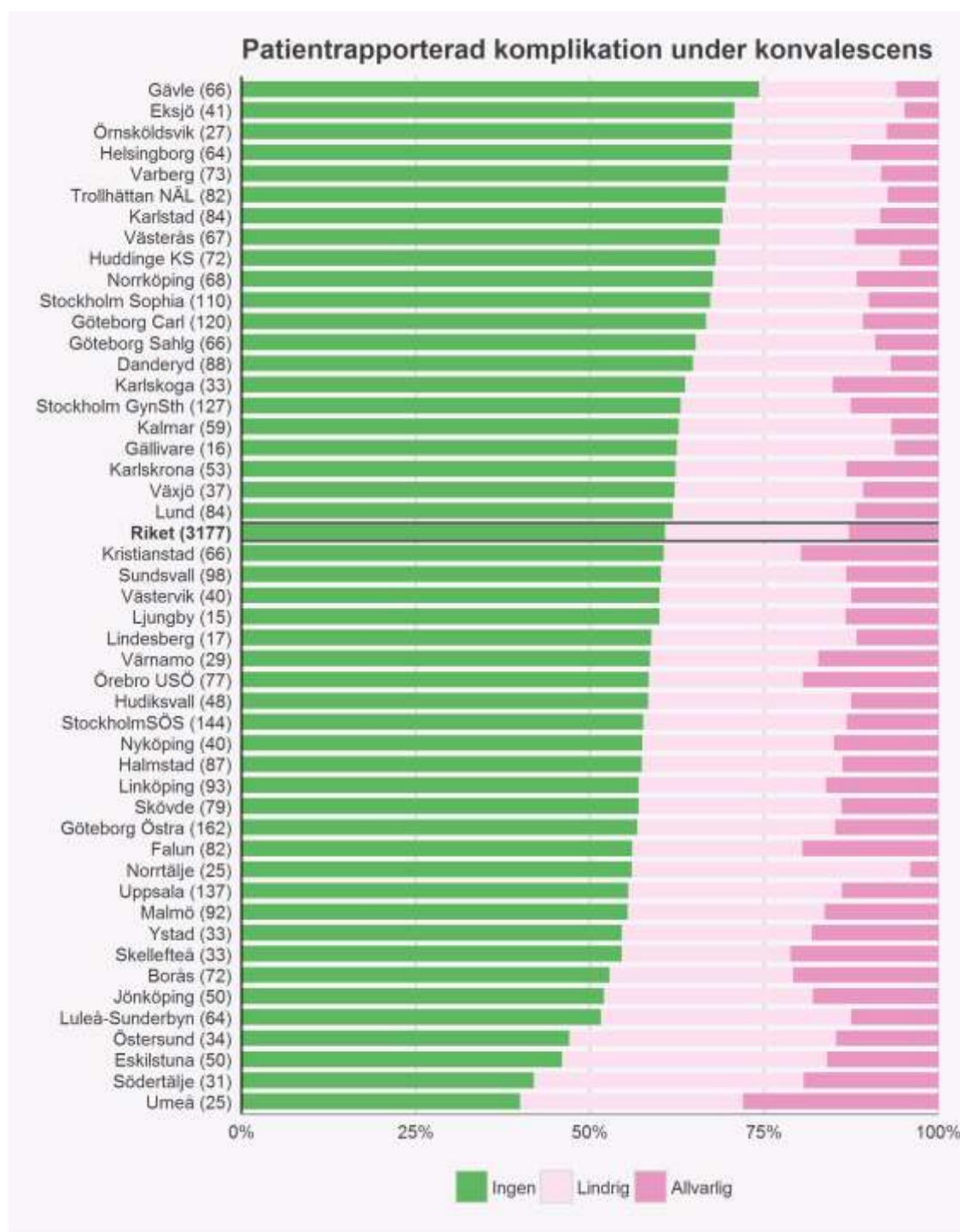
Grad 4A: Singelorgansvikt som krävt intensivvård

Grad 4B: Multiorgansvikt som krävt intensivvård. IVA-vistelse i enbart övervakningssyfte, t.ex. efter en operation föranleder ej grad 4-gradering

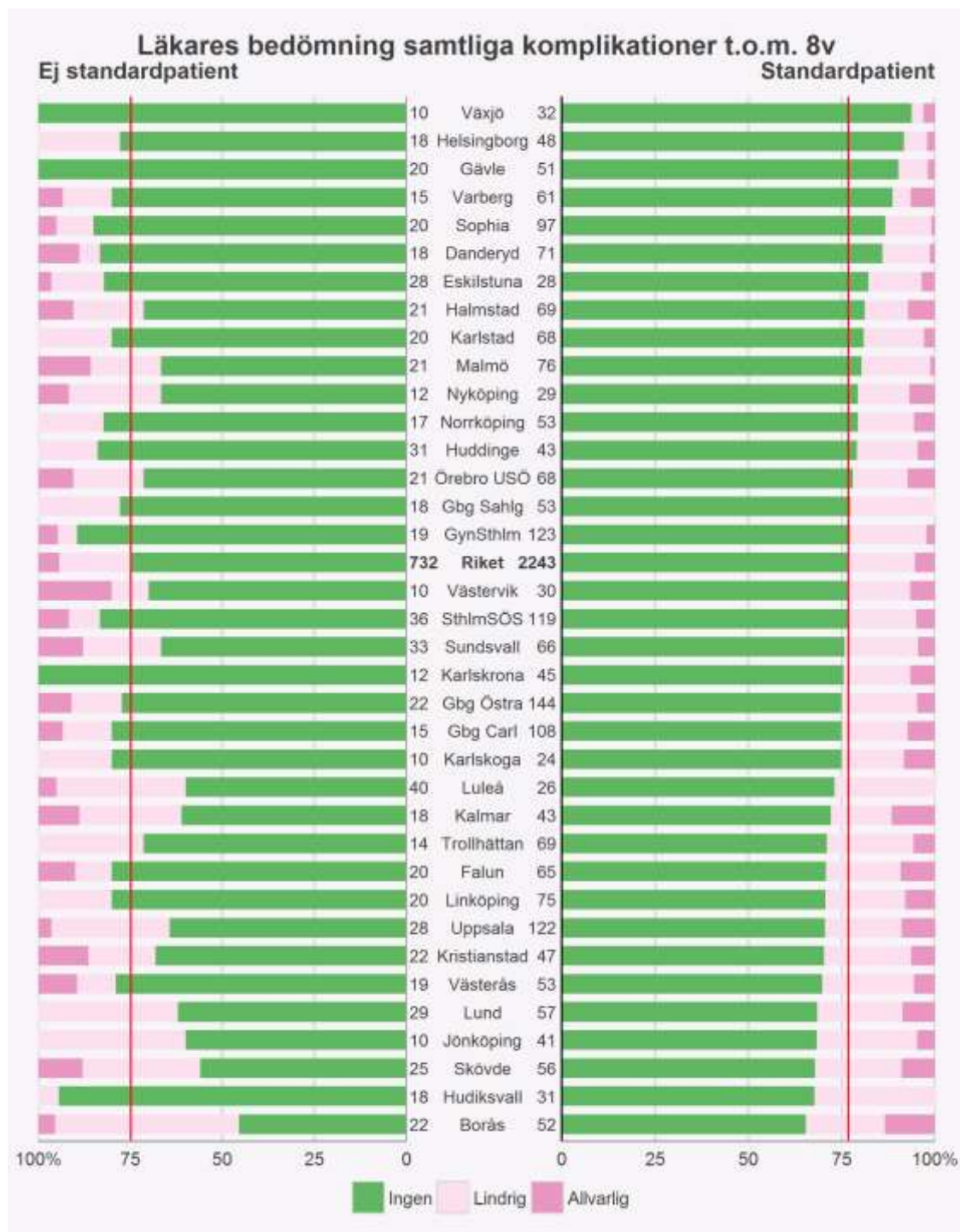
Grad 5: Komplikation som leder till död

Figur 17. Komplikationsinstrumentet Clavien-Dindo.

Andelen okomplicerade hysterektomier är i paritet med tidigare år. Det finns en skillnad mellan vad patienter rapporterar och hur vi bedömer, detta är förväntat. Kliniker där det är extra stor skillnad kan behöva fundera över den perioperativa informationen till patienterna, det vill säga hur ett förväntat förlopp ser ut, vilka besvär som är normala, men även bedömningsgrunder.

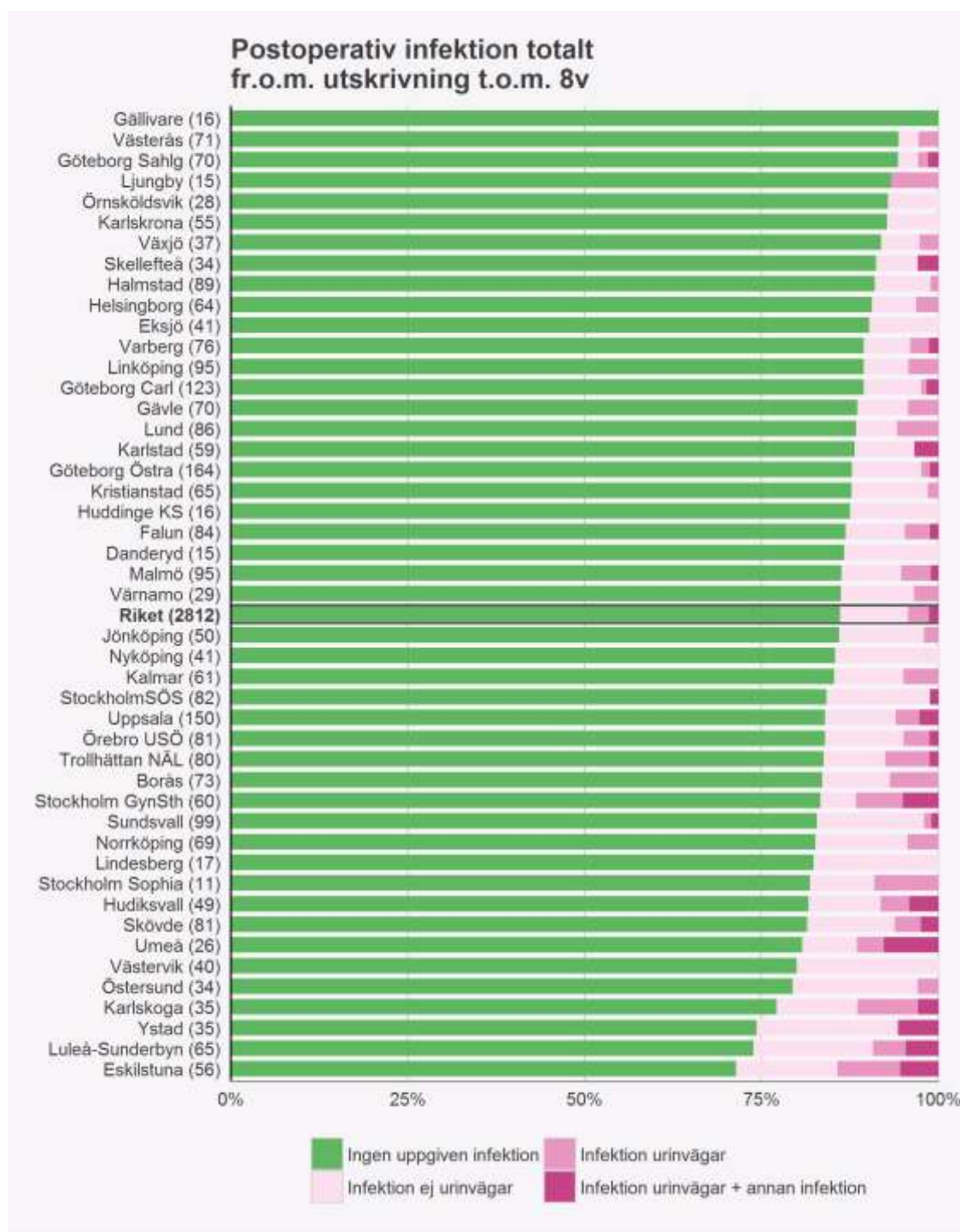


Figur 18. Patientrapporterade komplikationer efter hysterektomi.



Figur 19. Samtliga läkarbedömda komplikationer upp till 2 månader efter hysterektomi. Observera att samtliga kliniker med färre än 10 icke-standardpatienter inte finns med i den här figuren.

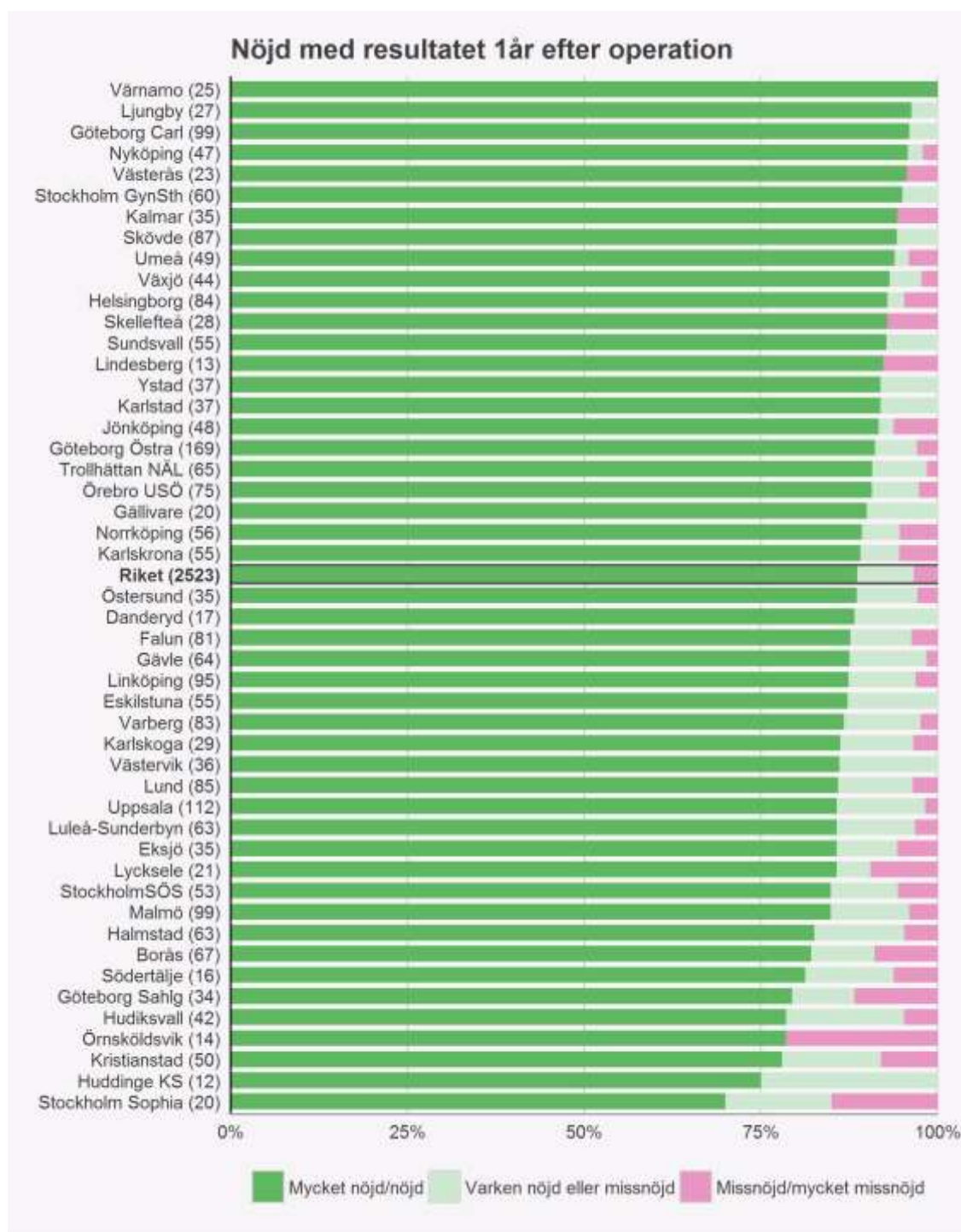
Den sammanlagda infektionsfrekvensen är ungefär densamma som förra året. Cirka 15 % av alla som hysterektomerats får någon typ av infektion. Vanligaste, ungefär en av tio får någon typ av sårinfektion eller vaginaltoppsinfektion. Endast 3 % får en renodlad UVI och 2 % får en kombination av UVI och någon annan infektionslokal. Som infektion räknas i det här sammanhanget att läkarbedömningen säger så eller att patienten angivit sig ha haft en infektion och fått antibiotika utskrivet.



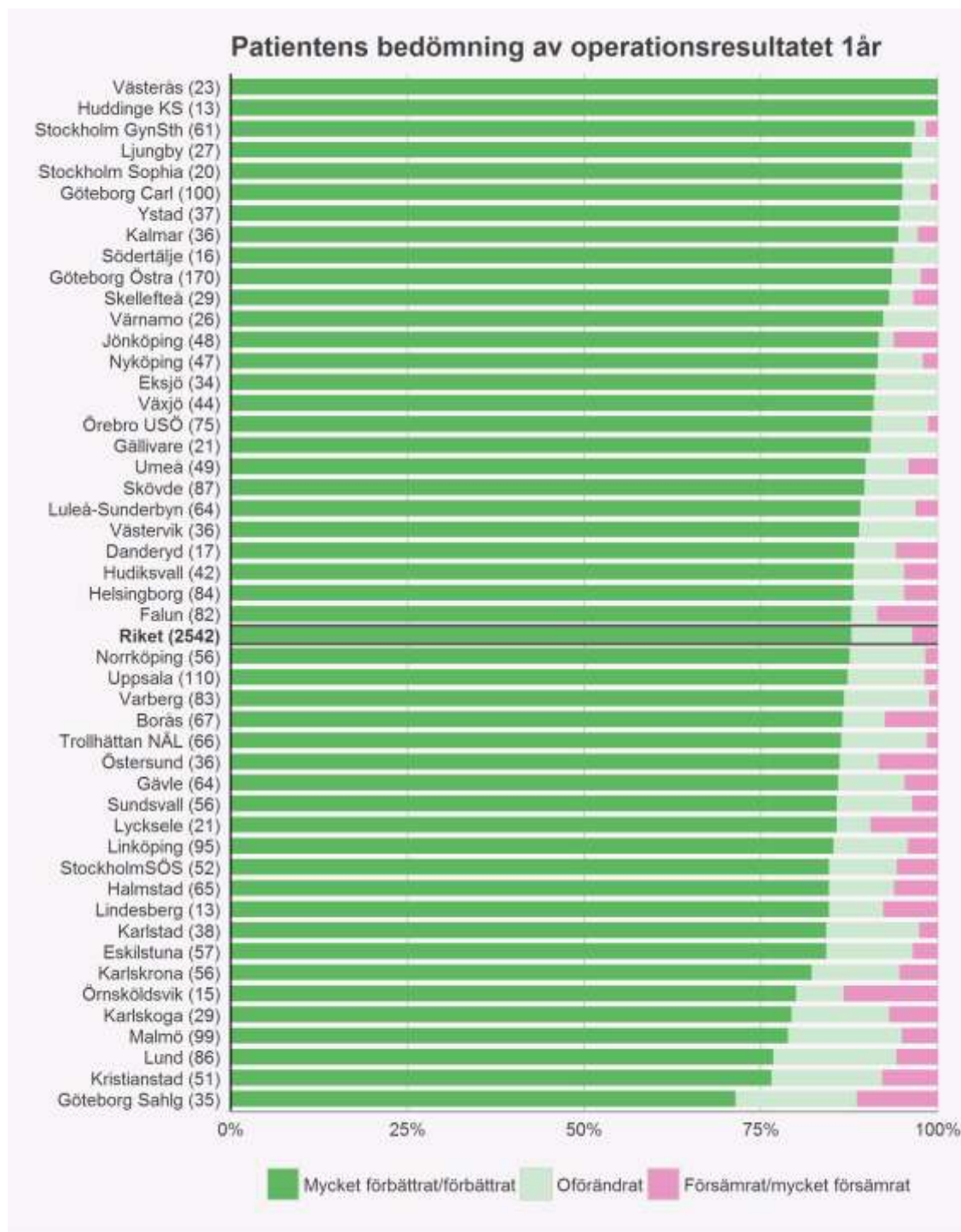
Figur 20. Postoperativ infektion upp till och med 2 månader efter operation.

Patientupplevt resultat

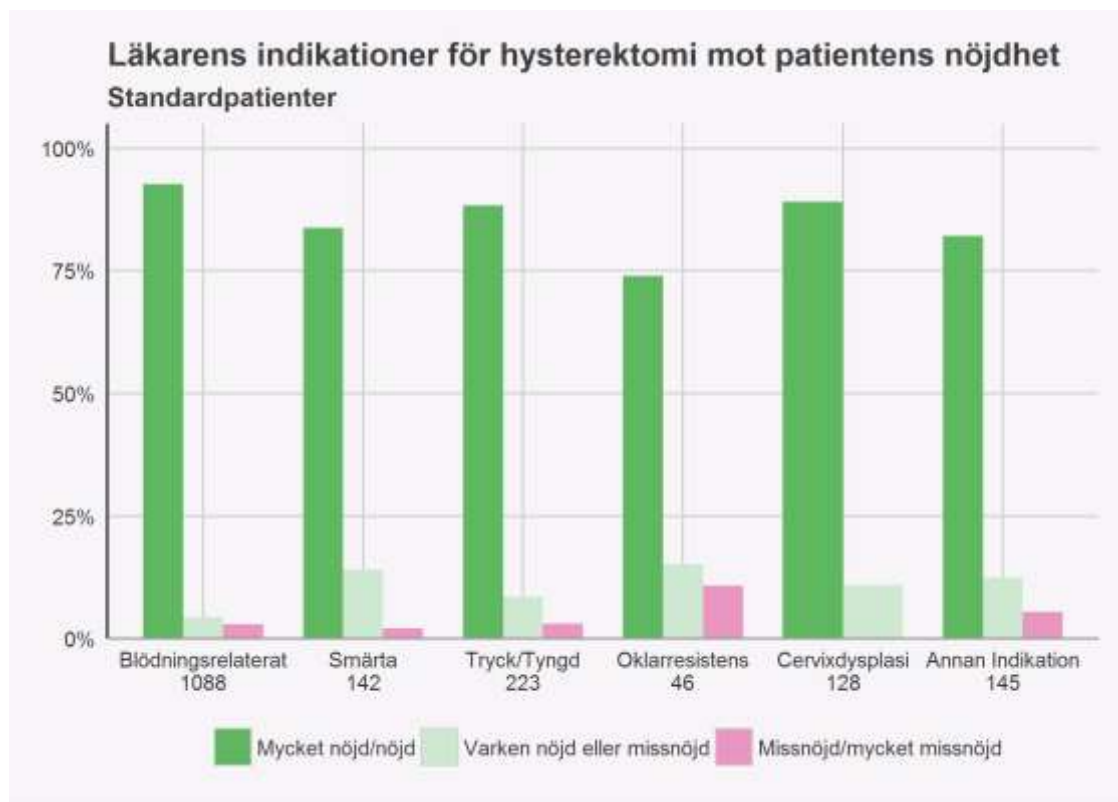
I det närmaste 9 av 10 personer (88 %) som genomgått en hysterektomi är nöjda eller mycket nöjda med resultatet ett år efter operationen. Lika många tycker att de är förbättrade eller mycket förbättrade vid samma tid. Allra mest nöjda är de kvinnor som opererats pga blödningsrelaterade besvär. När läkare satt den indikationen till operation är klart över 90 % nöjda eller mycket nöjda. Minst nöjda är de hysterektomerade där indikationen var satt till oklar resistens, 75 % var nöjda eller mycket nöjda.



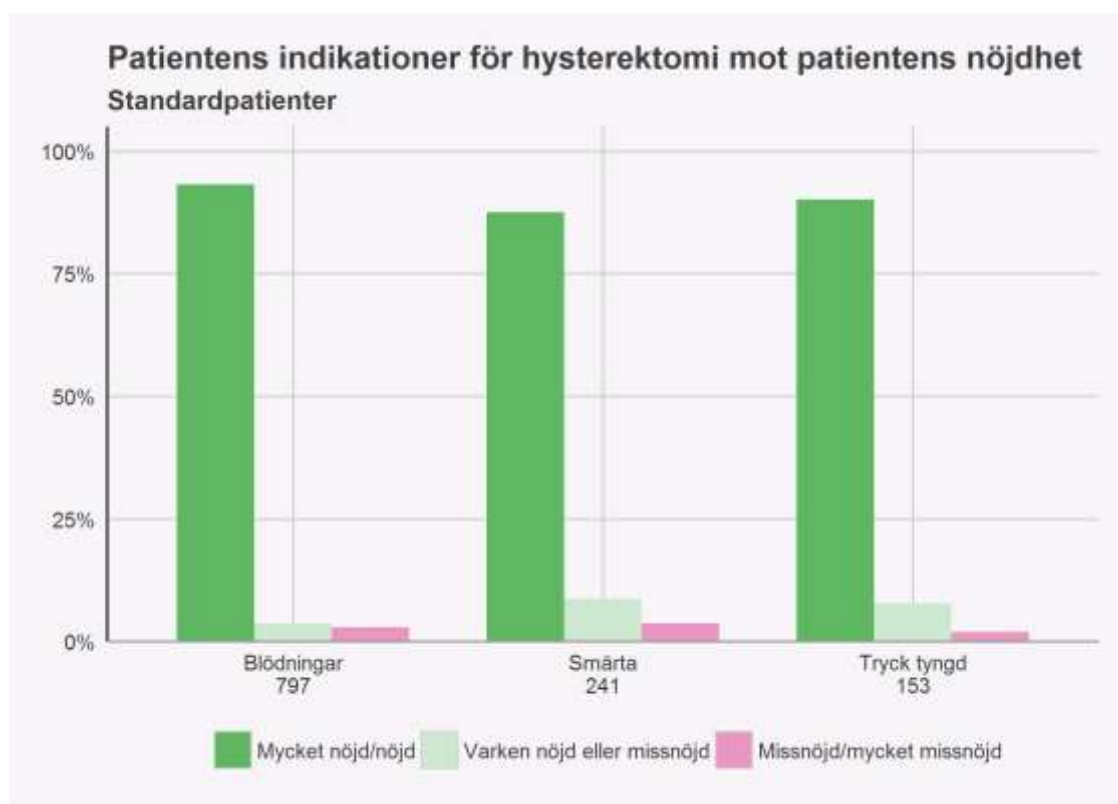
Figur 21. Patientupplevd nöjdhet ett år efter operationen.



Figur 22. Patientens bedömning av operationsresultatet ett år efter operationen.

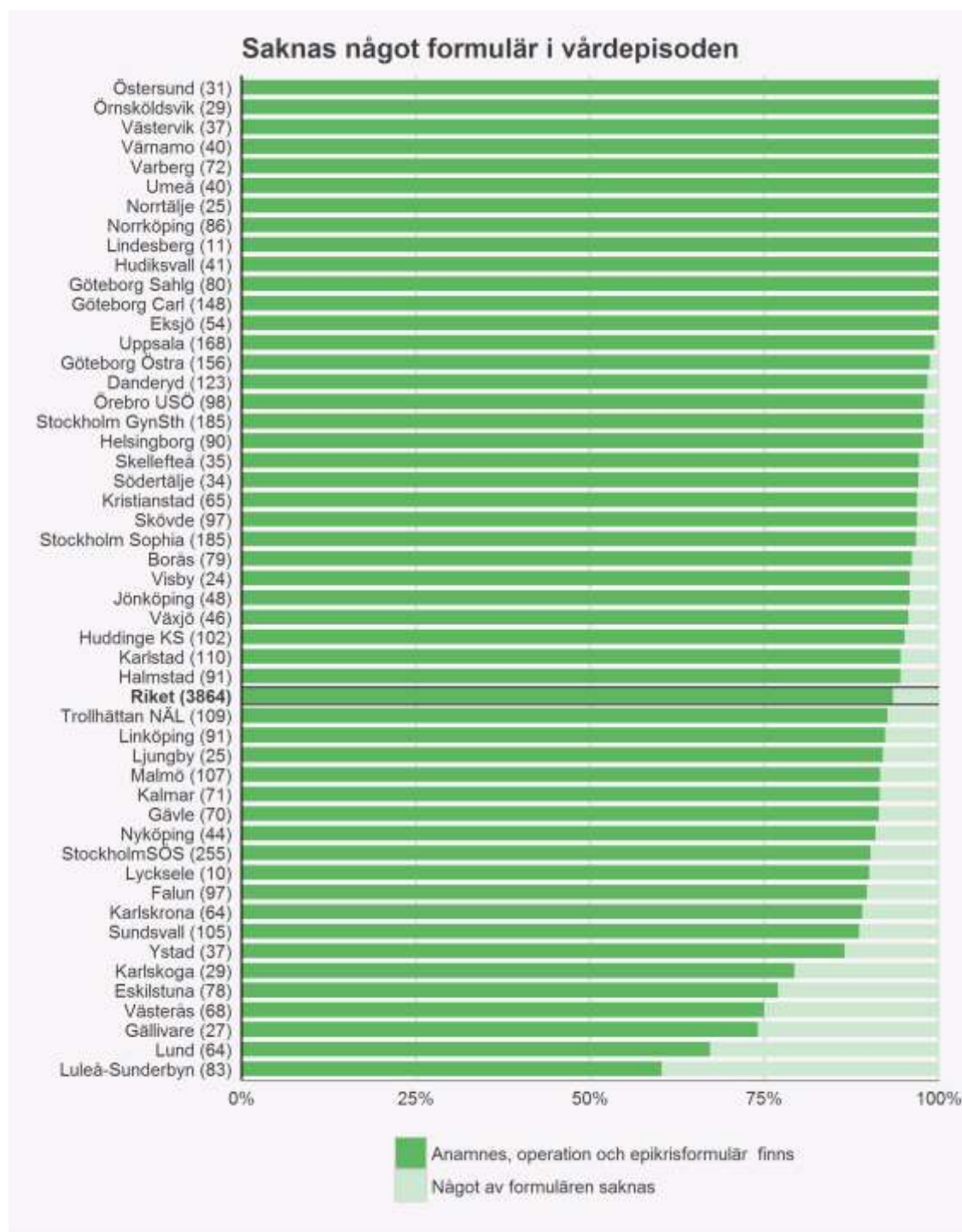


Figur 23. Läkarens indikationer för hysterektomi mot patientens nöjdhet.



Figur 24. Indikation till hysterektomi satta av patienten mot hur nöjda de är efter ett år.

Validitet



Figur 25. Figuren visar om något formulär saknas i vårdprocessen.

Det går i princip att lägga fjolårets figur över årets och det framkommer nästan inga skillnader. Överlag fungerar det väl på klinikerna. Några kliniker hamnar alltid i den nedre delen av figuren. Saknas det något formulär (anamnes, operation, utskrivning) i mer än 10 % av de registrerade operationerna bör man absolut se över rutinerna. Den interna validiteten styrs inte bara av att vi fyller i rätt saker utan också att vi faktiskt fyller i. Att vi på klinikerna gör vårt jobb för att få kompletta data kan vi själva påverka. Ett stort bortfall ställer till problem inte bara vid eventuell forskning utan också vid kvalitetsjämförelser mellan kliniker.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
Antibiotikaproylax	Förebyggande infektionsbehandling
Benign	Godartad
Endometrios	Endometrios innebär att det finns livmoderslemhinna på andra ställen än inuti livmodern. Livmoderslemhinna på andra ställen än i livmodern orsakar ofta inflammation. Inflammationen kan leda till smärta och ibland till att det bildas ärrvävnad och sammanväxningar.
GKR	Gyn-kvalitetsregistret. Regionalt register som användes i Stockholms län, Karlstad och Visby.
HOPPSA	Hysterektomi med opportunistisk salpingektomi. Klinisk studie för att bl.a. undersöka om risken för cancer i äggstockarna minskar om äggledaren opereras bort.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incision	Snitt i t ex. huden vid operation
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Malign	Elakartad
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Myom	Muskelknutor i eller utanpå livmodern
Postoperativ	Efter operation
Prolaps	Framfall
SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi
Subtotal hysterektomi	Livmoderhalsen lämnas kvar vid borttagande av livmoderkroppen
Total hysterektomi	Både livmoderkroppen och livmoderhalsen opereras bort
Uterus	Livmoder (från latin)