



Årsrapport för operationer
utförda år 2019

Prolapskirurgi

Författare:
Ida Bergman
registeransvarig för Prolapsregistret
Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:
Jessica Edlund och Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2020-05-25

Innehåll

Inledning.....	2
Produktion – hur många operationer görs på de olika klinikerna.....	3
Antal operationer per klinik.....	3
Produktion per invånarantal i länet.....	4
Fördelning primär- eller recidivoperation.....	5
Resultat	7
Svarsfrekvens.....	7
Globuskänsla ett år efter operation.....	8
Patientrapporterad nöjdhet	9
Oförväntade besvär	10
Enbart främre plastik.....	11
Enbart bakre plastik.....	15
Apikal defekt	20
Nätkirurgi.....	24
Avslutande kommentarer	28
Ordlista	29
Referenser	31

Inledning

Nedan följer årsrapporten som innefattar rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. Vi har inom GynOp valt att successivt gå över till termen "rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi" istället för "prolaps" eftersom vi i detta delregister, förutom framfallskirurgi, även registrerar rekonstruktion av defektläktade förlossningsskador samt sekundära analsfinkterplastiker.

Man bör som vanligt ha i åtanke att produktionsdata, som till exempel antal operationer, samt komplikationsdata inom 8 veckor avser patienter som opererats under det gångna året (2019). Däremot är 1-årsresultaten extraherade ur de 1-årsenkäter som är besvarade av patienter som opererades under år 2018. Vi redovisar alla framfallsoperationer som klinikerna har inkluderat i Gynop-registret förutom kombinationsoperationer av framfall och inkontinens.

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-årig 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} Ålder verkar dessutom omvänt korrelera med subjektivt bot, det vill säga yngre kvinnor har kvarstående besvär och är mindre nöjda jämfört med äldre kvinnor.^{2,4}

Vi har i år valt att lägga till några extraanalyser, som till exempel trender kring valet av suturmateriäl vid främre plastik samt trender kring valet av operationsmetod vid apikal defekt (framfall av livmoder eller vaginaltopp). Vi har även analyserat förekomsten av samlagssmärta före och efter bakre plastik.

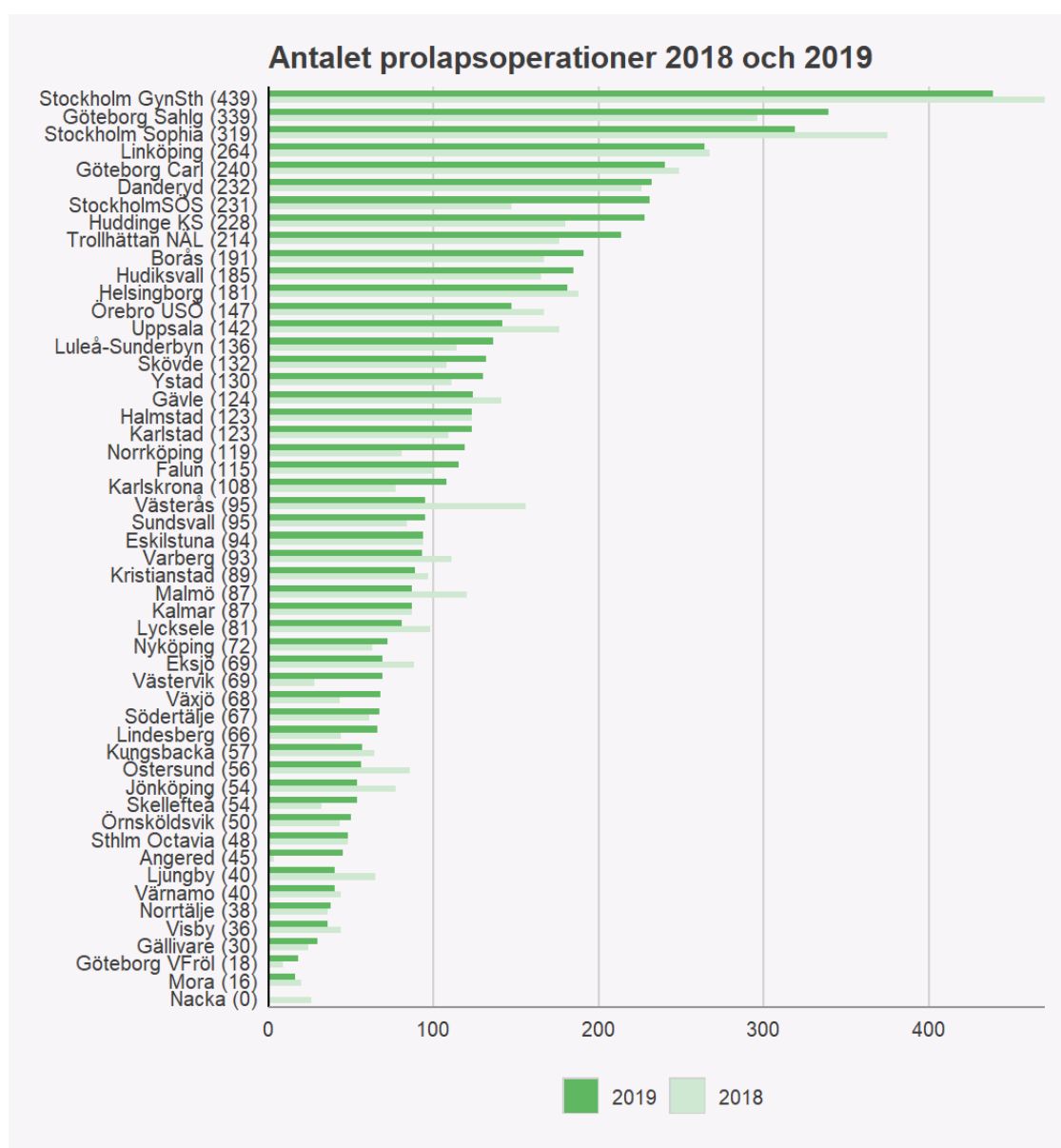
Hoppas ni får en intressant och givande lässtund. Vi hoppas också att rapporten stimulerar till fortsatt förbättringsarbete så att våra patienter kan få bästa möjliga vård.

Produktion – hur många operationer görs på de olika klinikerna

Antal operationer per klinik

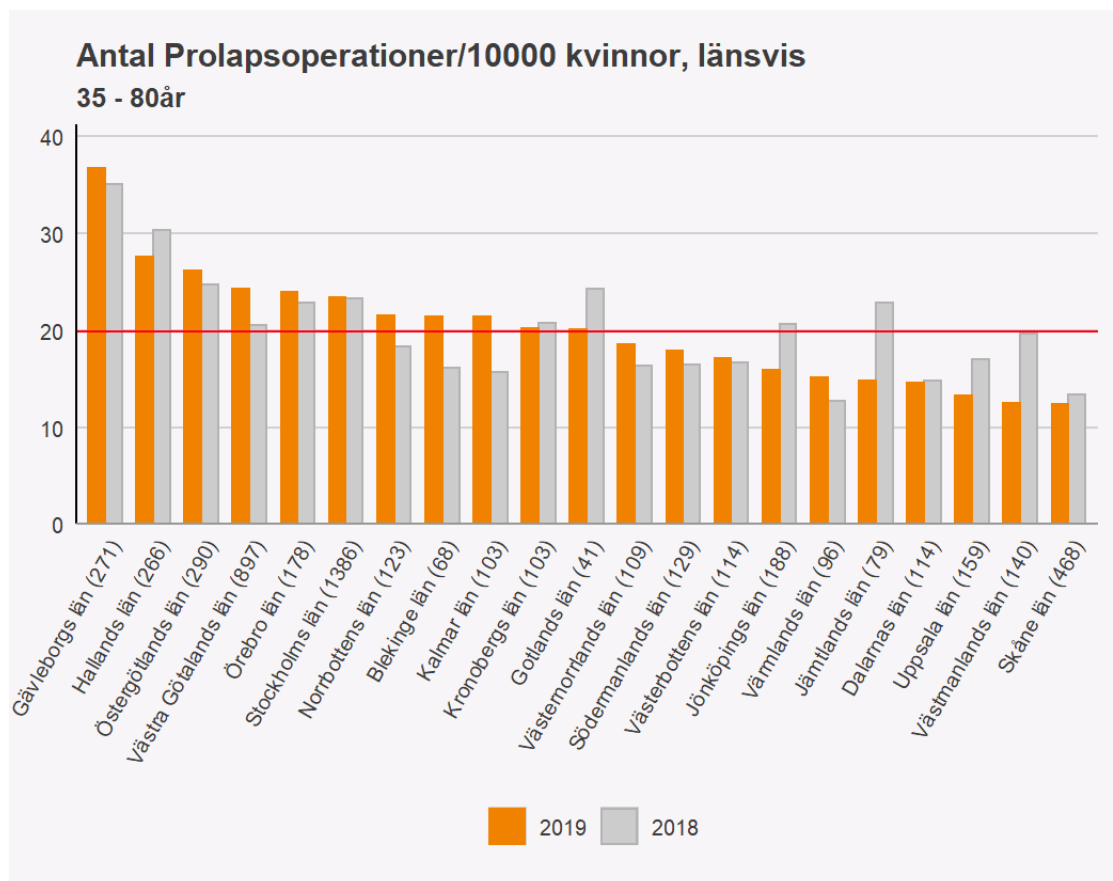
Under 2019 registrerades 6181 framfallsoperationer. Siffran ligger tämligen stabilt över åren. Vi vet att ca 10% av patienterna som registreras i Patientregistret inte registreras i GynOp men samtidigt saknar Patientregistret ca 10% av de som är registrerade i GynOp. Det finns alltså ett bortfall "åt båda hållen". Sammantaget kan man dock konstatera att GynOp har en väldigt hög täckningsgrad när det gäller framfallsoperationer.

Figuren nedan illustrerar det totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med året innan. Man kan konstatera att majoriteten av klinikerna har hållit en relativt stabil produktionsnivå. Stora skillnader ses mellan olika kliniker vad gäller totala antalet ingrepp per år.



Figur 1. Antal utförda framfallsoperationer år 2018 och 2019, per klinik. Antalet opererade 2019 inom parentes.

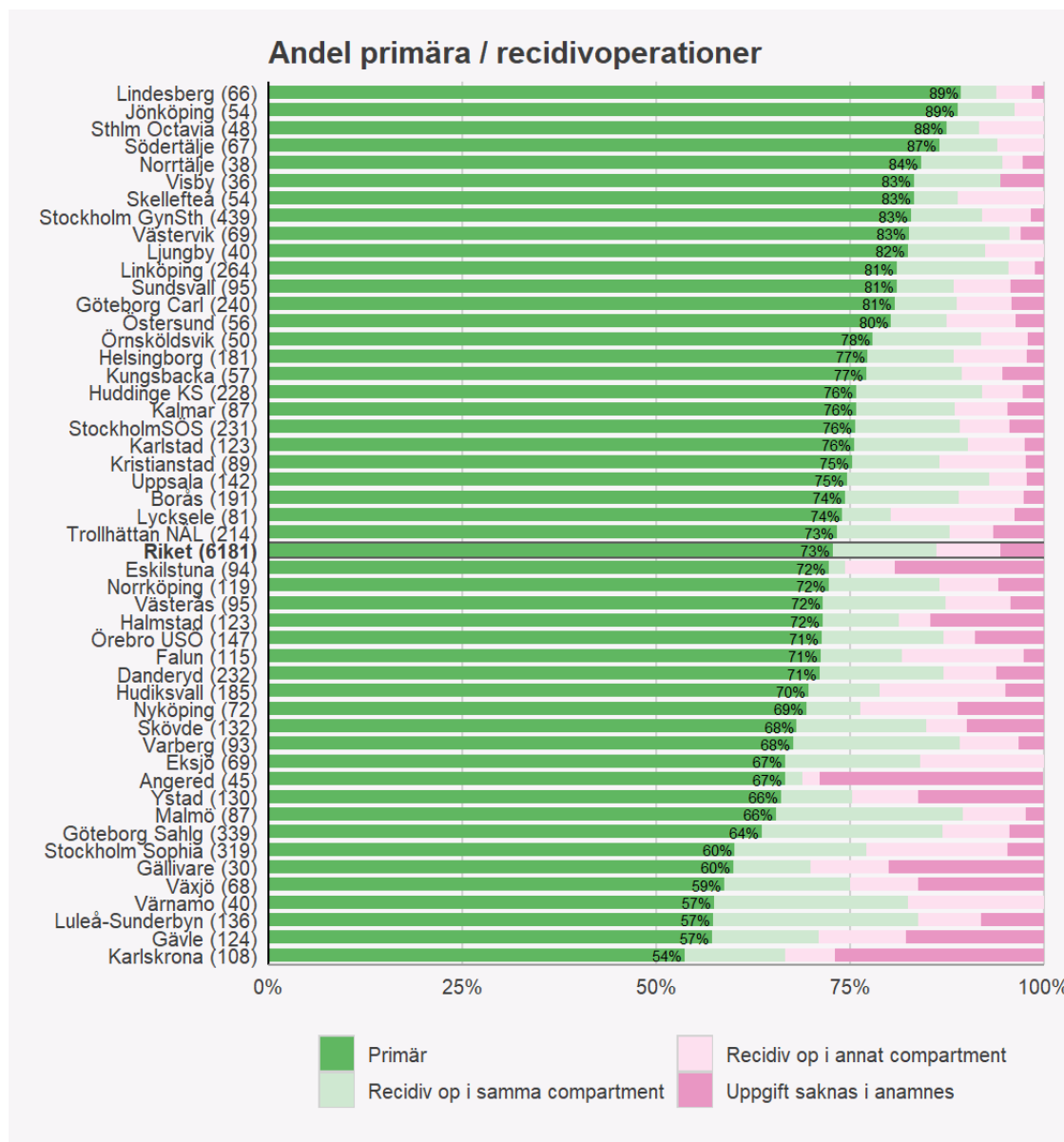
Produktion per invånarantal i länet



Figur 2. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35–80 år), hämtat från Gynopregistret och SCB år 2019. Data är åldersjusterat för 5-årsintervaller av ålder.

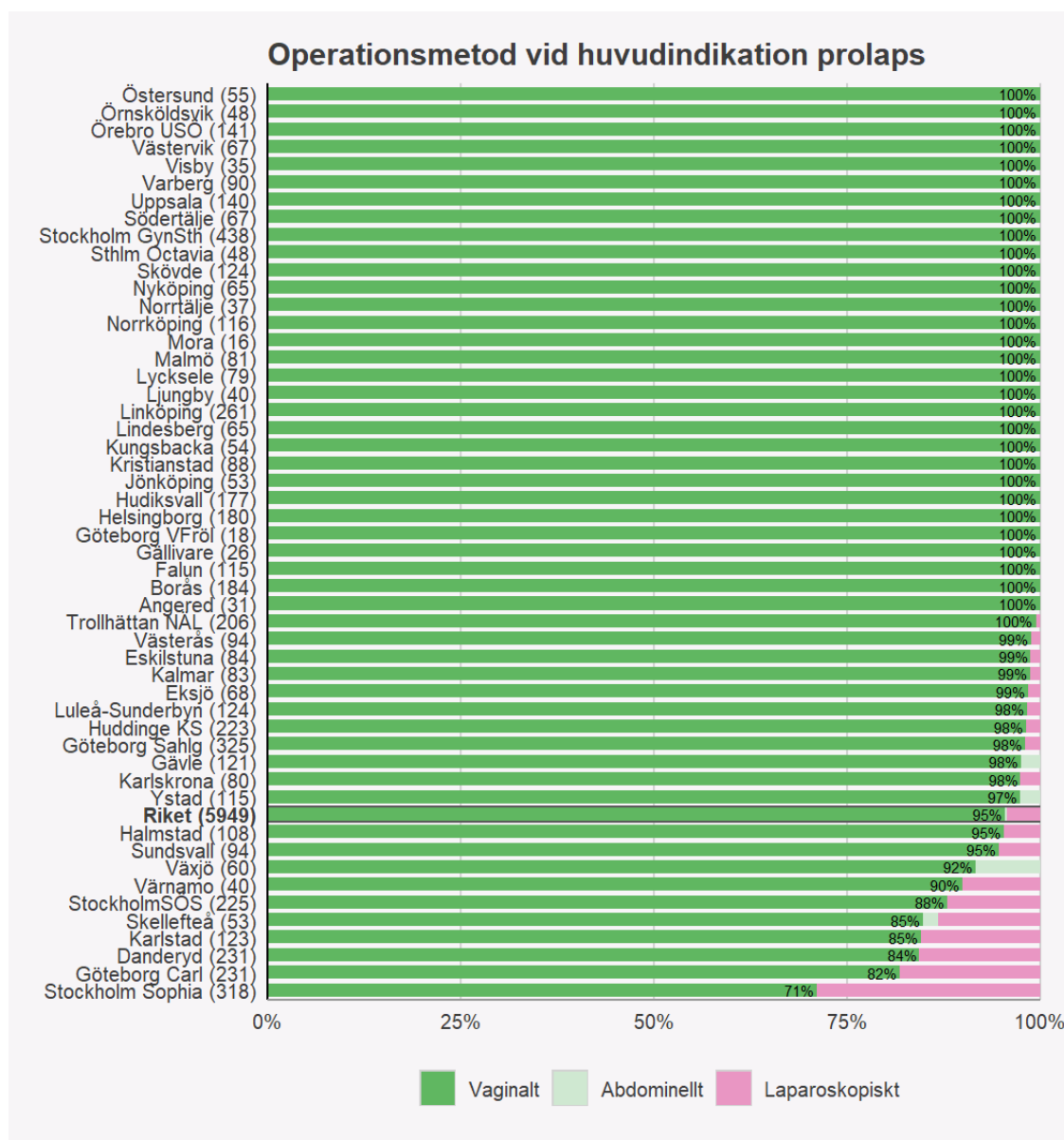
Ålder är en av de mest betydande faktorer som avgör förekomsten av symptomgivande framfall i en population. Staplarna ovan är åldersjusterade där ålder är kategoriserad i 5-årsintervaller. Beror den ojämna fördelningen på att patienterna inte har tillgång till vård i samma utsträckning eller på att det finns ojämna andel kvinnor med symptomgivande framfall som är intresserade av operation? Beror skillnaderna som illustreras i figur 2 på andra demografiska skillnader än ålder? Tyvärr kan registerdata inte svara på detta utan vi får nöja oss med att studera bilden deskriptivt. Varje län får sedan var för sig analysera om man bedömer att man möter patienternas behov av vård. Figuren pekar inte mot att en hög andel opererade skulle vara ett tydligt storstadsfenomen.

Fördelning primär- eller recidivoperation



Figur 3. Andel primära/recidivoperationer år 2019

Man kan konstatera att samtliga kliniker i Sverige opererar både primär och recidivoperationer och att skillnaderna i denna fördelning inte är påtaglig. Det är mycket viktigt att man i anamnesformuläret registrerar om operationen är en "ren primäroperation" det vill säga patientens allra första framfallsingrepp. Det är också viktigt att skilja mellan recidivoperation i samma compartment (dvs har den tidigare genomförda rekonstruktionen misslyckats) eller är det en ny del av slidan som prolaberat fram? Om vi skall kunna utvärdera resultat efter primär- och recidivingrepp, samt kunna studera risken för reoperation efter olika tekniker, så är det viktigt att vi har kompletta och valida data. De kliniker som har långa mörkrosa staplar bör skärpa sin registrering.



Figur 4. Operationsmetod vid huvudindikation prolaps

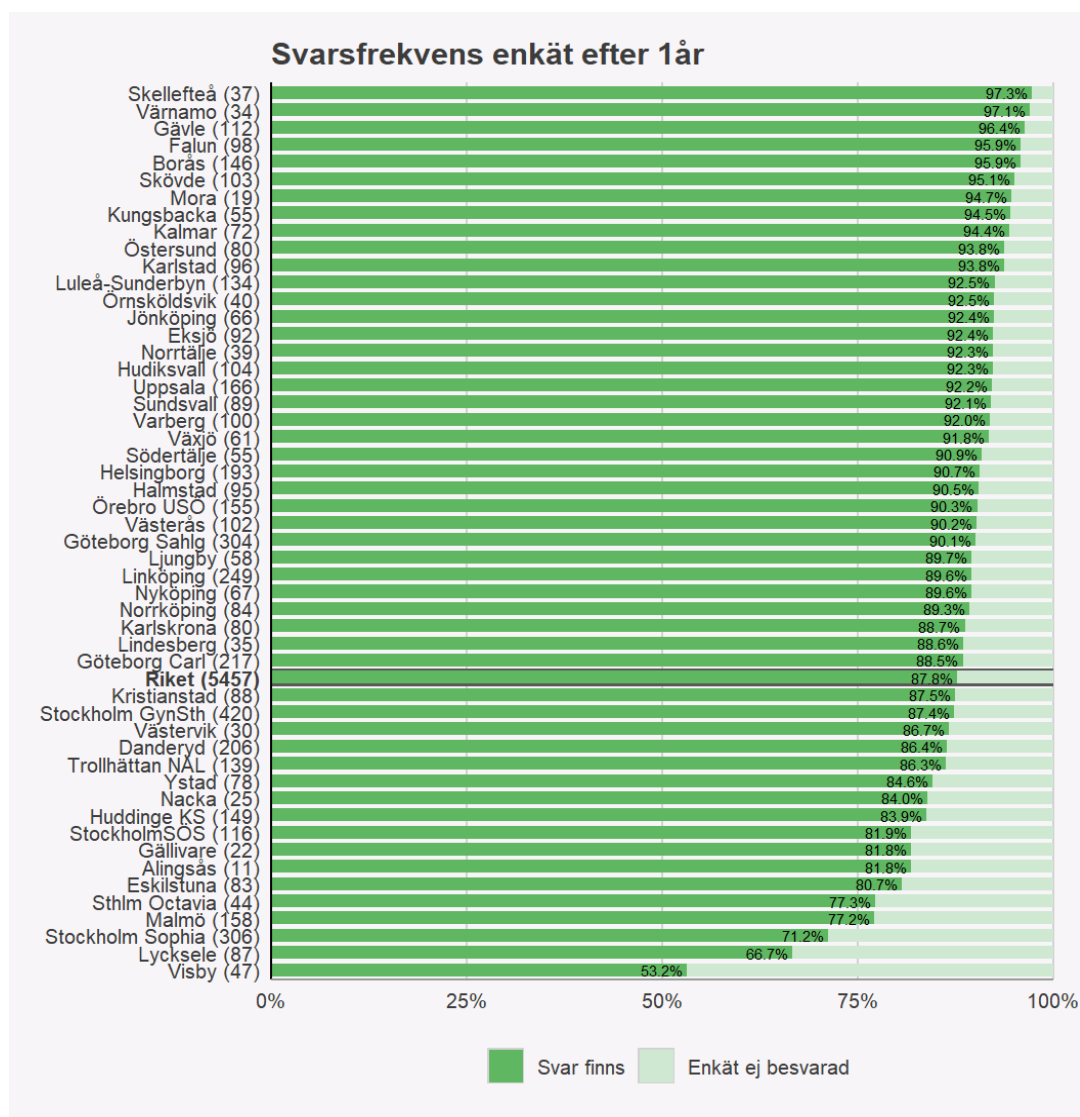
Figur 4 illustrerar vilken operationsmetod som används på de olika klinikerna. Laparoskopisk metod innebär i de allra flesta fall sakrohystero-/kolpopexi. Vi ser att denna operationsmetod inte är tillgänglig alls på majoriteten av landets kliniker. Ytterst få kliniker använder öppen teknik, vilket är glädjande att se.

Resultat

Svarsfrekvens

Gällande all typ av rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi är indikationen till en operation så gott som uteslutande att lindra patientens subjektiva symptom. Ett anatomiskt mått eller laboratorievärde avgör inte om vi gjort nytta med att lägga patienten på operationsbordet. Den första frågan man dock bör ställa sig vid utvärdering av resultat som baserar sig på enkätsvar är "vad är svarsfrekvensen" det vill säga är resultatet representativt för den grupp vi studerar.

Figuren nedan illustrerar svarsfrekvensen per klinik gällande 1-årsenkäten för de kvinnor som opererades under 2018. Man kan konstatera att GynOp-registret har en utmärkt svarsfrekvens. Riksgenomsnittet ligger på 88% och det är mycket väl godkänt. Det betyder att de flesta kliniker verkligen kan lita på sina resultat och bör ta patienternas återkoppling på allvar. De enstaka kliniker som ligger lågt bör fundera över vad de kan göra för att förbättra sin svarsfrekvens. Att operatören vid samtalet efter operationen säger " jag följer upp dig med brev efter 8 veckor och 1 år, så jag vet hur det har gått" räcker långt.

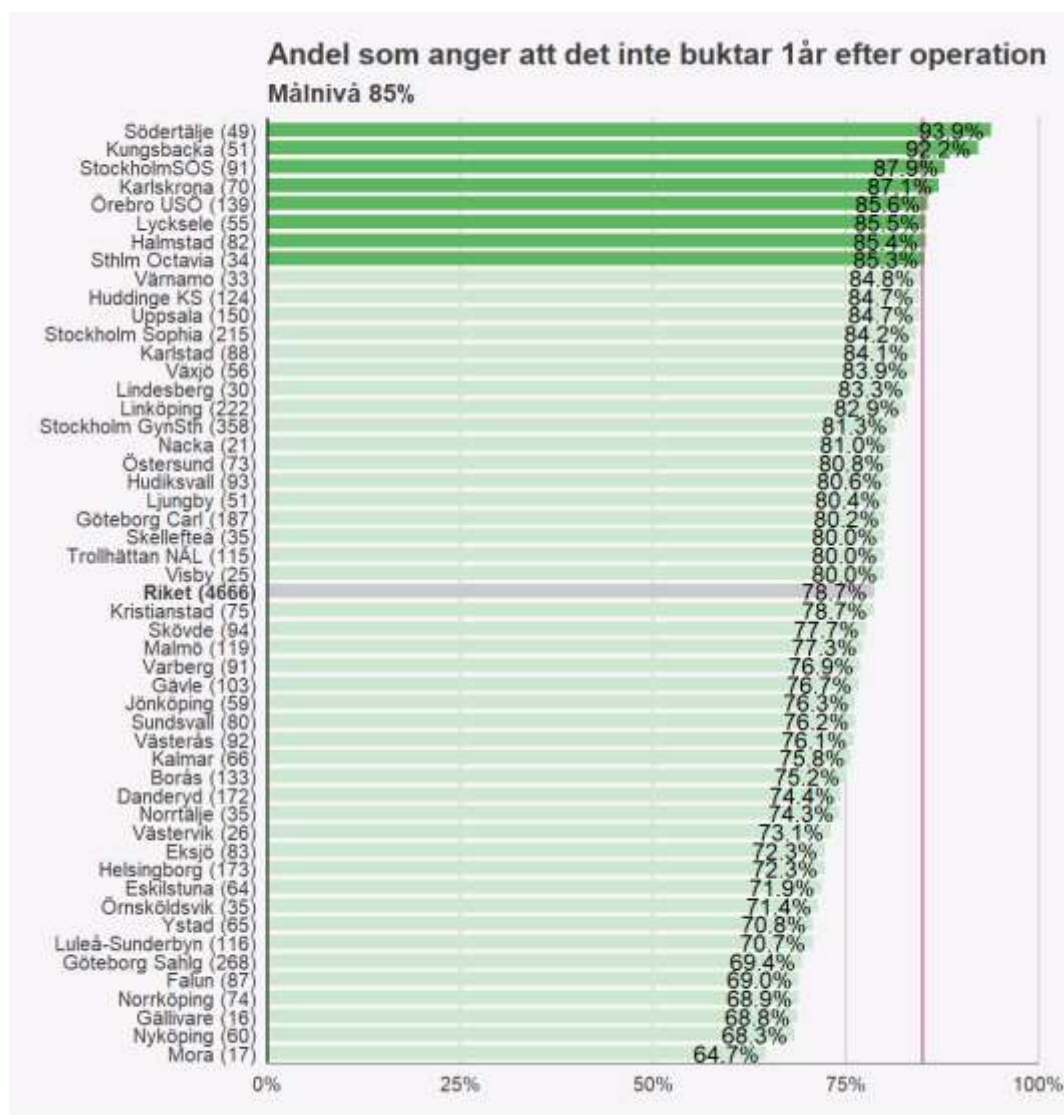


Figur 5. Svarsfrekvens på 1-årsenkät för kvinnor som genomgått framfallskirurgi år 2018.

Globuskänsla ett år efter operation

En känsla av att något buktar i slidan, det vi inom professionen kallar globuskänsla, är det symptom som har hög sensitivitet och specificitet för att spegla ett anatomiskt verifierbart framfall utanför slidöppningen.⁵ Avsaknad av globuskänsla är det utfall som visat sig bäst korrelera med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi.⁶ Tidigare forskning har påvisat att återfallsrisken är högst efter framväggsplastik och majoriteten (över 60%) recidiverar inom det första postoperativa året.^{7,8} I GynOp-enkäten lyder frågan "Har du en känsla av att något buktar i slidan". Svarsalternativen är dikotomiserade enligt följande; aldrig, nästan aldrig och 1–3 gånger/månad till "nej" och 1–3 gånger/vecka och dagligen till "ja".

Man bör ha i åtanke att i figuren nedan klumpar vi ihop väldigt många olika operationstyper. På en klinik görs det kanske främst isolerade främre eller bakre plastiker medan man på en annan opererar mest avancerad multicompartment-framfall med implantat. Klinikerna bör se på resultaten i ljuset av vad man har för population. Målnivån på 85% är satt utifrån vad som verkar vara en möjlig nivå att uppnå. I år har 8 kliniker uppnått denna målnivå.

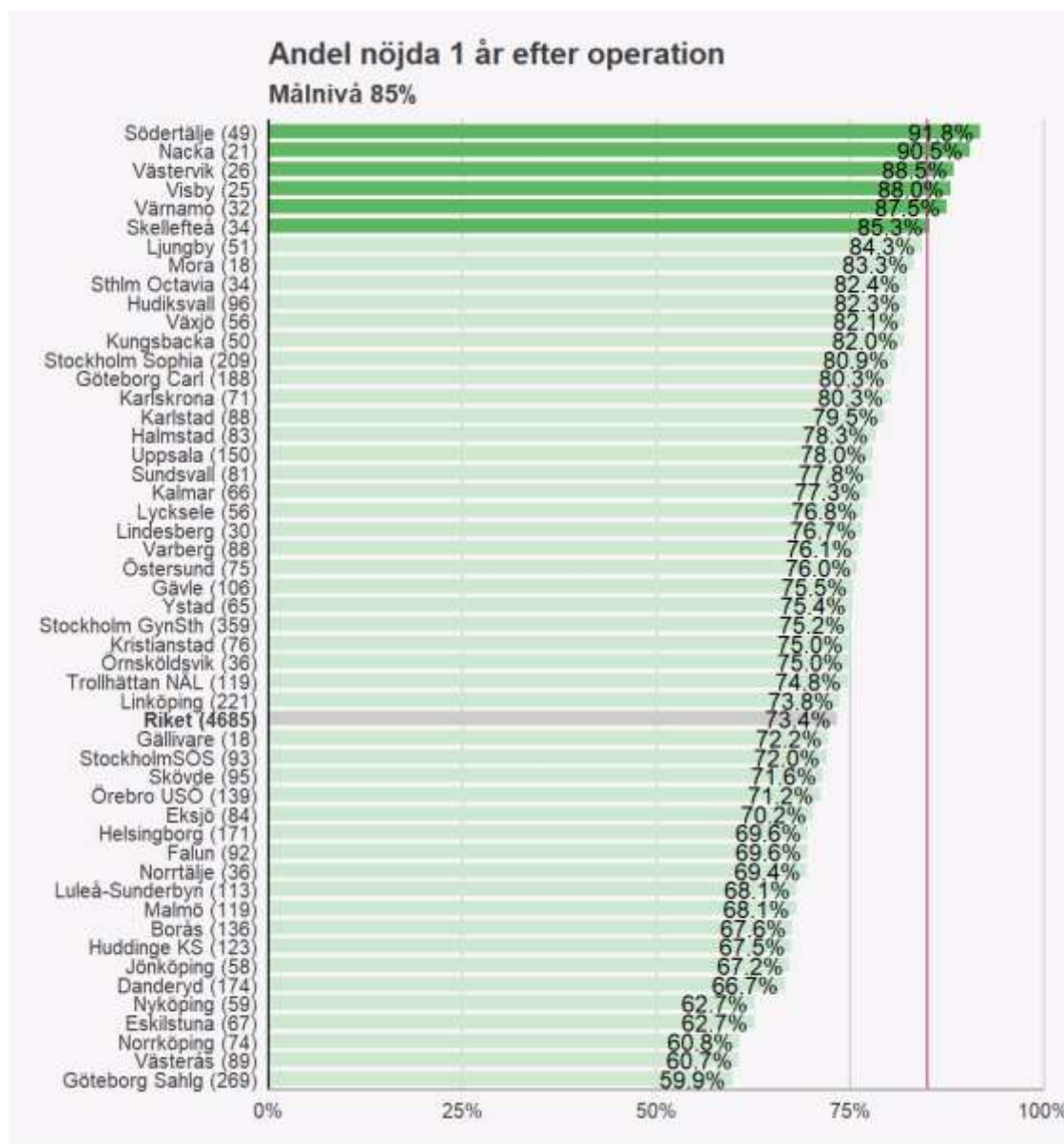


Figur 6. Andel som anger att det inte buktar 1 år efter operation.

Patientrapporterad nöjdhet

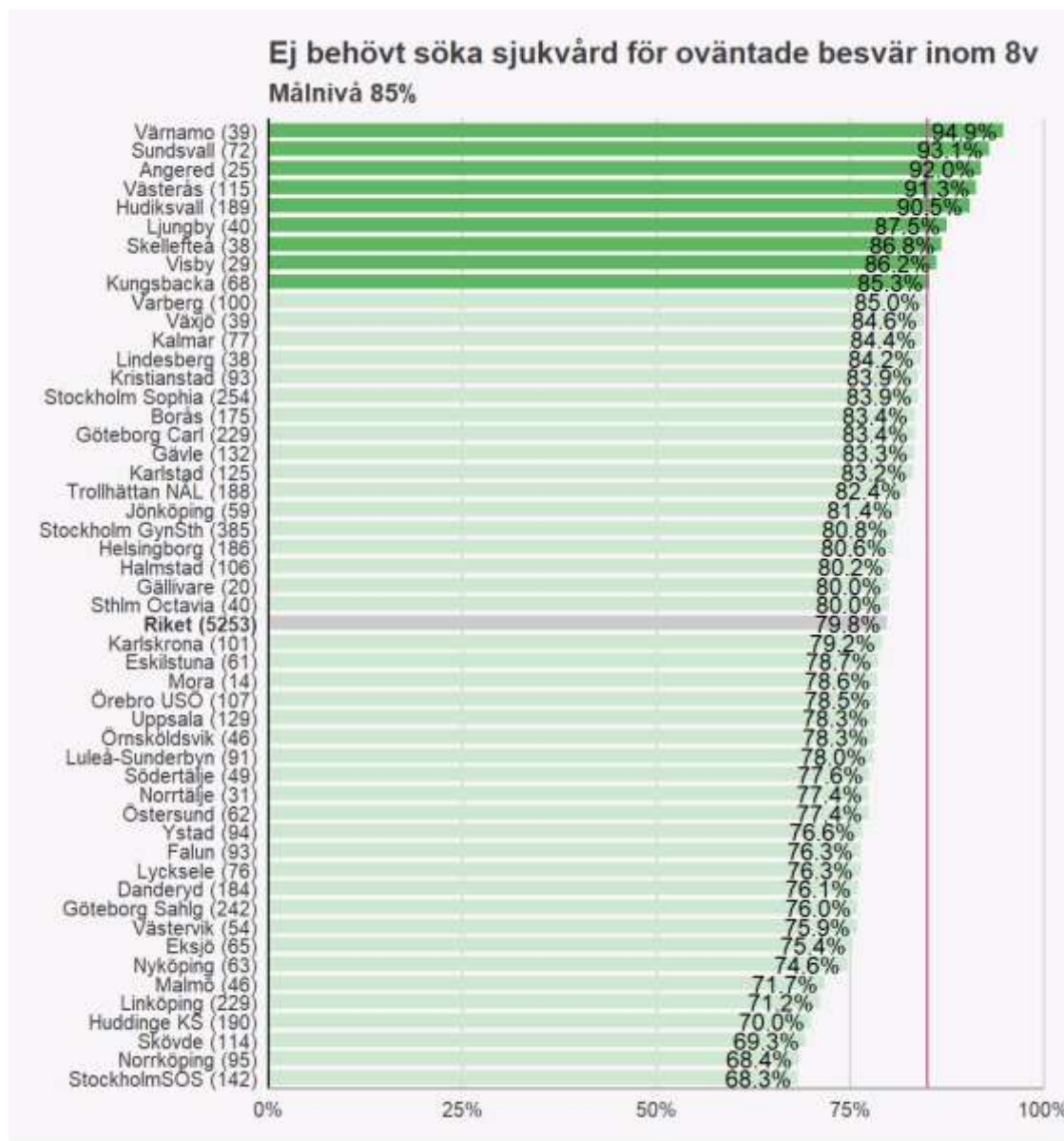
Eftersom globuskänsla inte ringar in hela resultatet, är patientrapporterad nöjdhet sannolikt det enskilt viktigaste utfallsmåttet när vi skall utvärdera slutresultatet efter kirurgi som görs i syfte att förbättra patientens livskvalitet. Man kan till exempel tänka sig att en patient som botas från sin globuskänsla men får smärta vid samlag eller nytillkommen urininkontinens blir missnöjd med resultatet. Inom urogynekologisk forskning används skattningsskalan "Patient global impression of improvement" alltmer som primärt utfall och är validerat för utvärdering av både framfalls- och inkontinenskirurgi.^{9,10}

Figur 7 redovisar patientnöjdhet ett år efter kirurgi. Även här är målnivån satt till 85%. Man ser inget tydligt sammanhang mellan hög volym och bättre resultat. 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 7. Andel nöjda 1 år efter operation

Oförväntade besvär

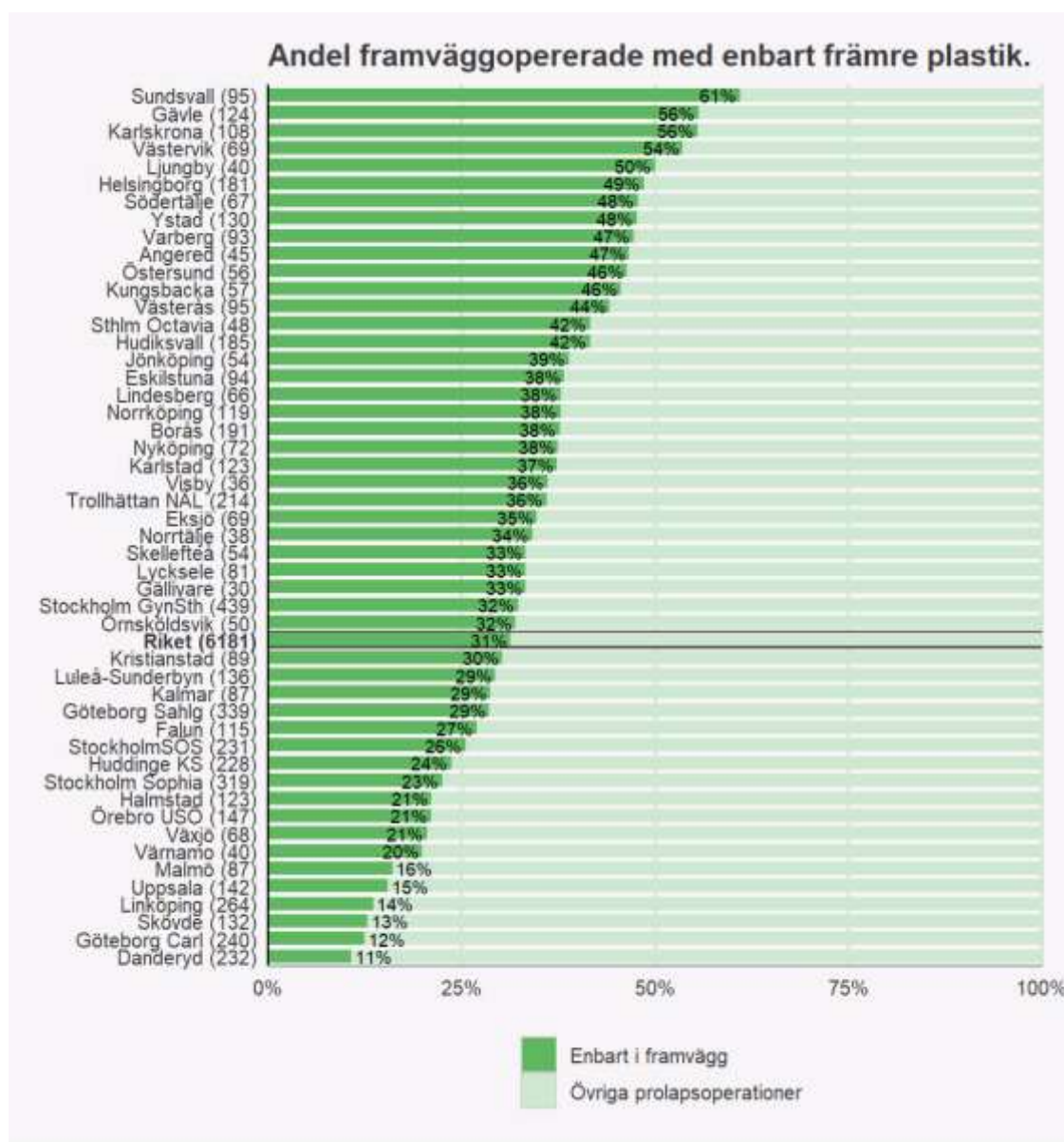


Figur 8. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8v

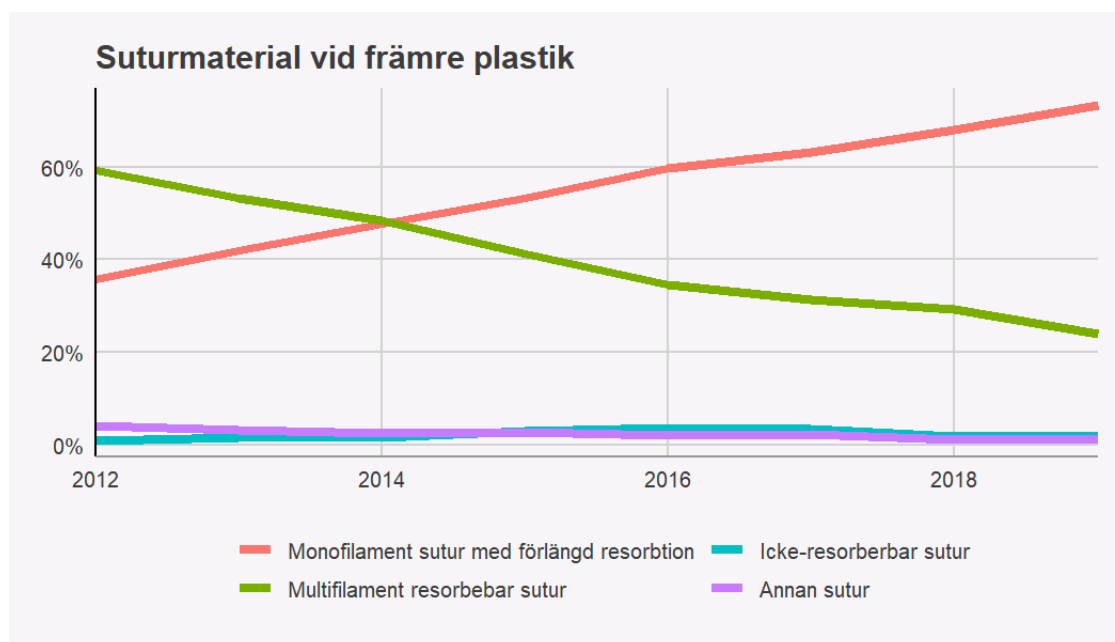
Figur 8 visar andelen patienter som klarat sig utan en vårdkontakt (fysiskt besök) på grund av oväntat besvär eller komplikation inom 8 veckor efter operationen. Även här ligger målnivån på 85%. Om mer än var fjärde kvinna måste uppta ett extra mottagningsbesök under konvalescensen bör man göra en intern 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 informationsbroschyr, rutinemässigt rekommendera bulkmedel för att minimera risken för postoperativ förstoppning, se över graden av infektions- och urinretentionskomplikationer, är sjukskrivningslängd adekvat? Variabeln "Ej behövt söka sjukvård..." är numera en kvalitetsindikator och kommer därför årligen att redovisas så att klinikerna kan följa resultat av eventuella ändrade rutiner.

Enbart 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 "högvolyms-kliniker" är en isolerad framväggsplastik en raritet. I nuläget har forskningen inte kommit ikapp 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 mer varaktig åtgärd. Observationella data pekar mot detta men evidens från randomiserade studier saknas.¹¹



Figur 9. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.



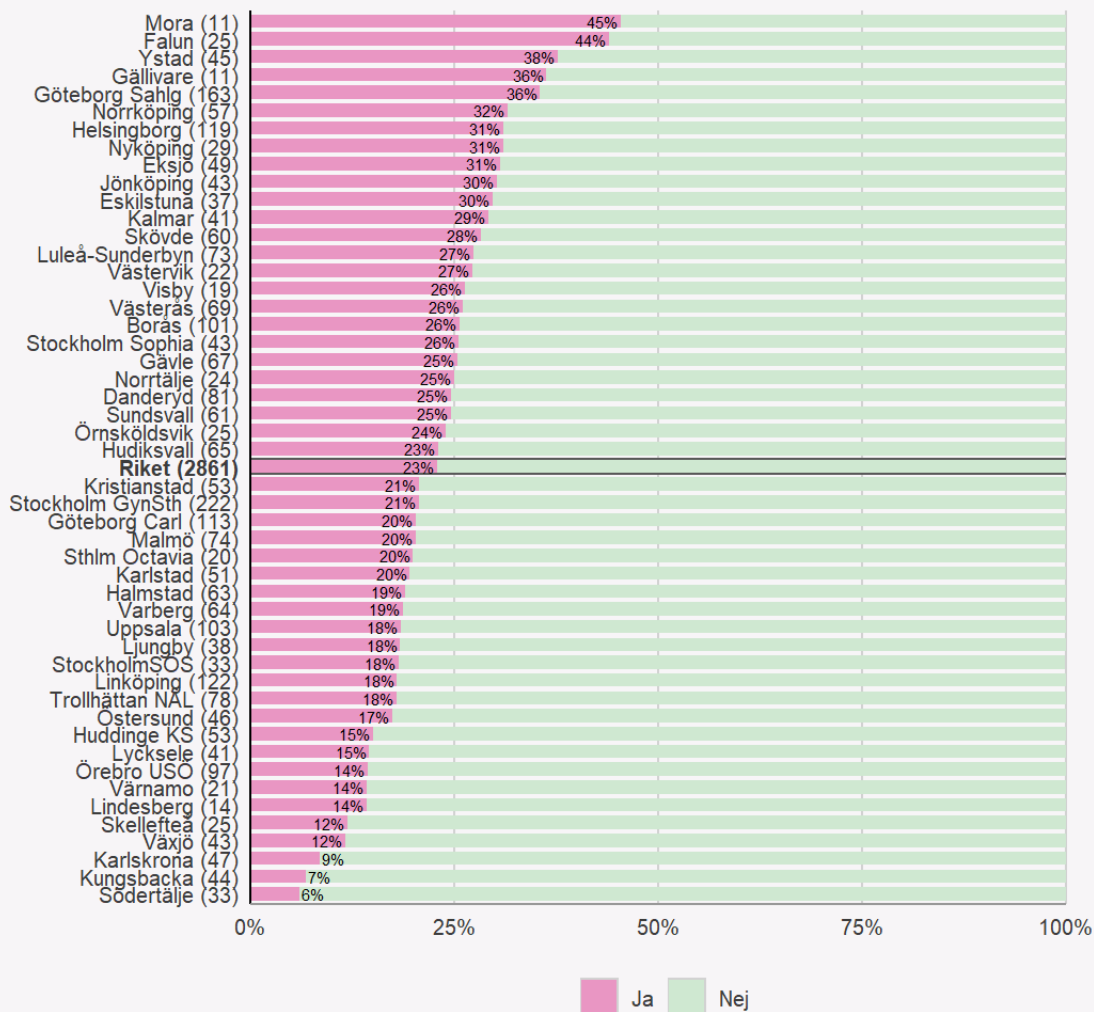
Figur 10. Trend över valet av suturmaterial vid framväggsplastik under åren 2012–2019.

Registreringen av suturmaterial i samband med framfallskirurgi startade i GynOp 2012. År 2015 publicerades en studie baserat på data ur registret, som fann ett samband mellan användandet av långsamt resorberbara monofilament suturer (t ex PDS) och mindre globuskänsla och högre patientnöjdhet vid ett år efter främre plastik jämfört med användande av multifilament sutur med snabbare resorption (t ex Vicryl).¹² Figuren ovan illustrerar hur trenden ser ut i Sverige gällande valet av suturmaterial under senaste sju åren. Den röda linjen som är suturer med längre resorptionstid t ex PDS och Maxon pekar uppåt medan användandet av suturer med kortare resorptionstid t ex Vicryl och Polysorb blir allt ovanligare.

Icke-resorberbara suturmaterial rekommenderas inte eftersom det i observationella studier visat sig orsaka suturrelaterade komplikationer, som t ex erosioner och granulom.¹³ Vi ser att i princip ingen i Sverige använder permanenta suturer vid främre plastik.

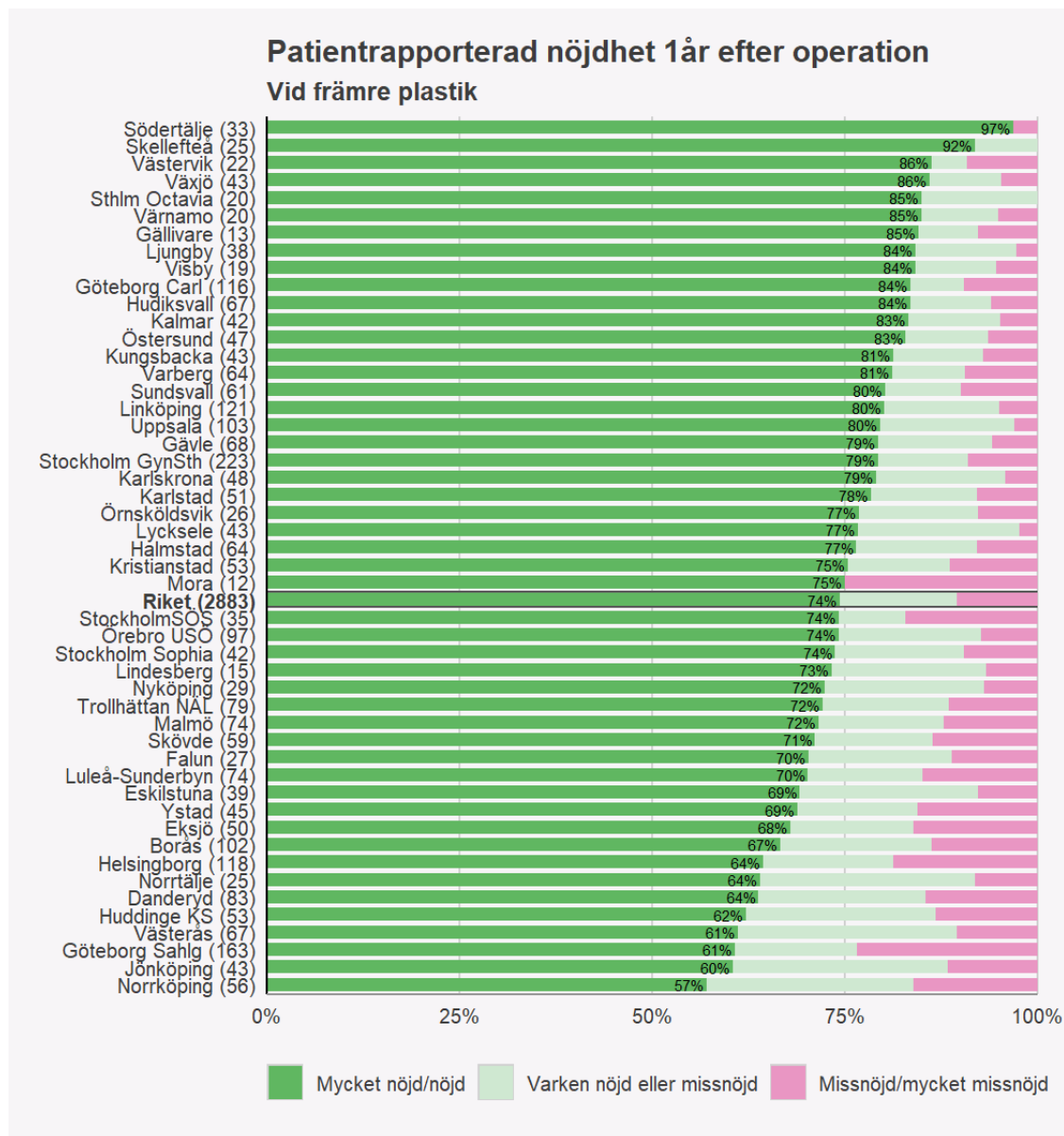
Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen

Vid främre plastik



Figur 11. Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen

I genomsnitt rapporterar cirka 90% av patienterna globuskänsla 1–3 ggr/vecka eller oftare i enkäten inför operation innan en framväggsplastik. I figur 11 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 75%. 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.¹⁴ Data från GynOp publicerat år 2018 talar för att kirurgens erfarenhet (antal ingrepp/operatör/år) inte spelar roll för utfallet.¹⁵ Gällande suturmateriel vet vi att valet verkar ha betydelse för resultatet.¹² För betydelsen av övriga kirurgiska detaljer, som antal suturer och enstaka eller fortlöpande teknik, saknar vi i dagsläget evidens. Vi hoppas att framtida forskning ger oss guidning kring detta.



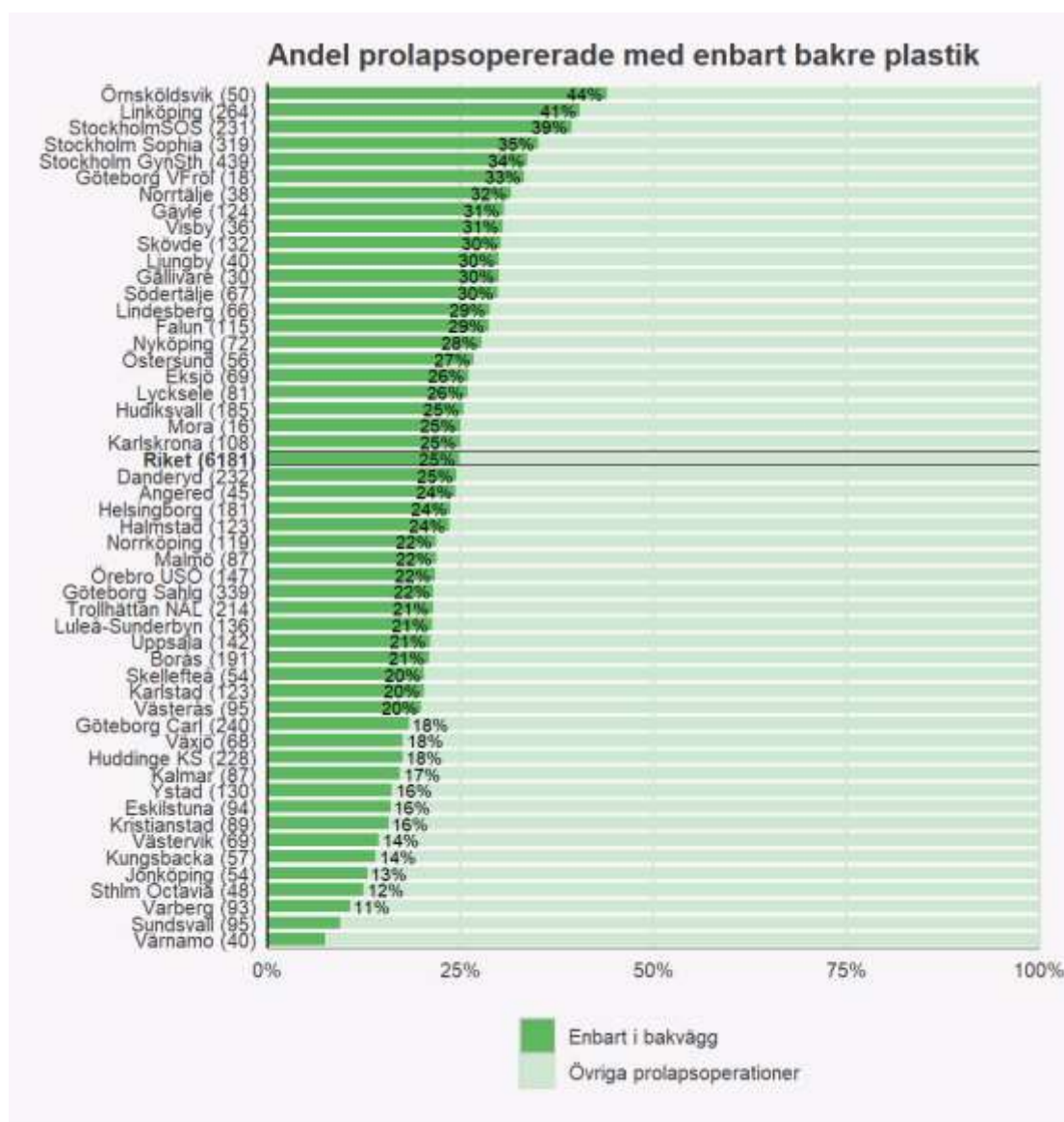
Figur 12. Patientrapporterad nöjdhet 1år efter enbart främre plastik

Likaså gällande patientnöjdhet efter enbart främre plastik ser vi betydande skillnader. De kliniker som ligger i topp gällande avsaknad av globuskänsla efter ett år toppar även listan gällande andelen nöjda patienter. Detta stämmer överens med evidensen kring sambandet mellan avsaknad av globuskänsla och nöjdhet efter framfallskirurgi.

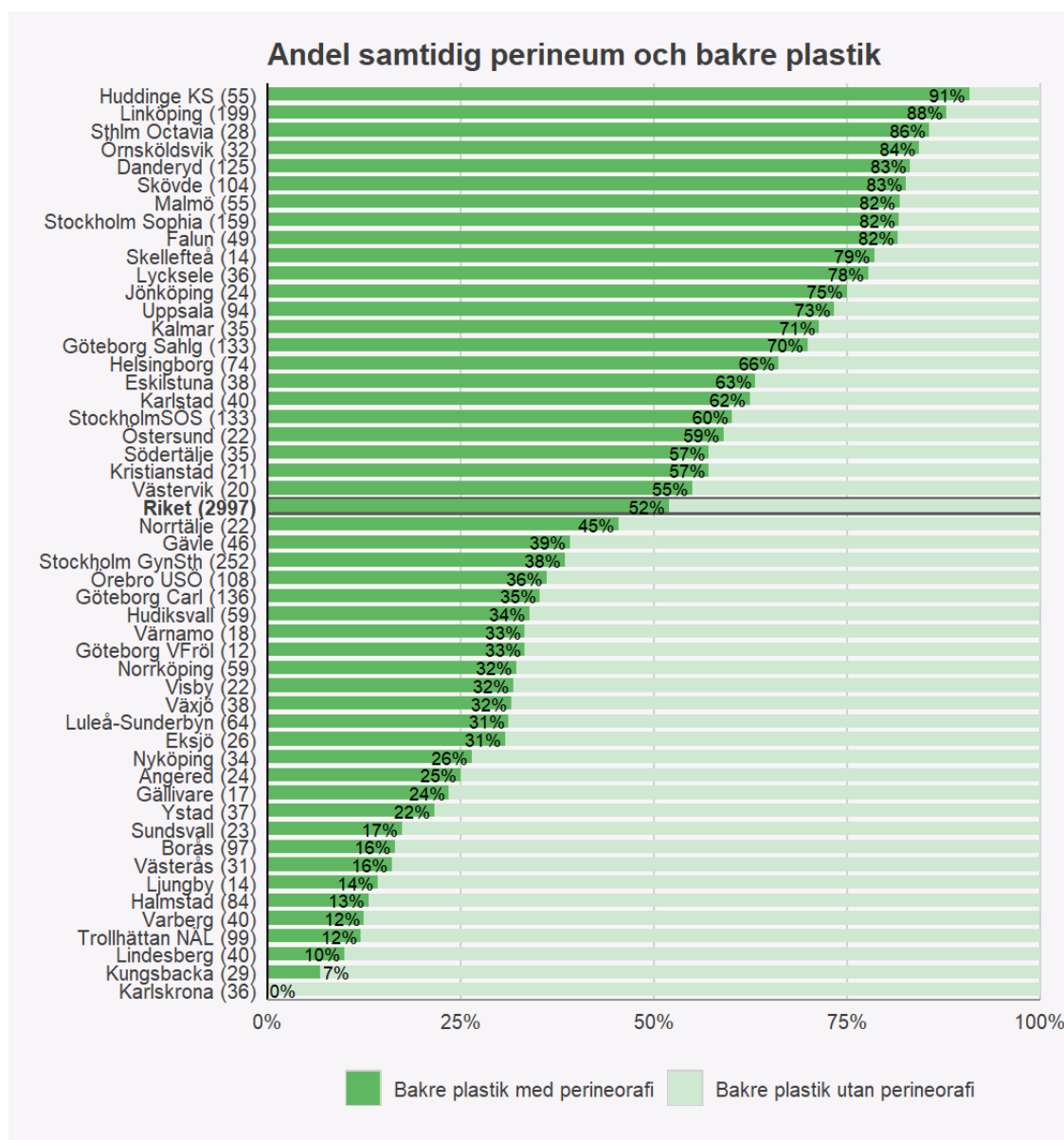
Enbart bakre plastik

I detta kapitel redovisas data gällande patienter som genomgått enbart bakre plastik. Både teknikerna "midline plication" och "site-specific repair" ingår. Man kan i figur 13 notera att det även gällande andelen isolerade bakväggsplastiker förekommer stor variation mellan klinikerna.

Tyvärr kan man i registret i dagsläget inte skilja mellan 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 felaktigt läkt perinealkroppsskada. Vi vet att dessa grupper delvis skiljer sig åt, där vi i ena gruppen har en ofta 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 13. Andel framfallsopererade med enbart bakre plastik år 2019

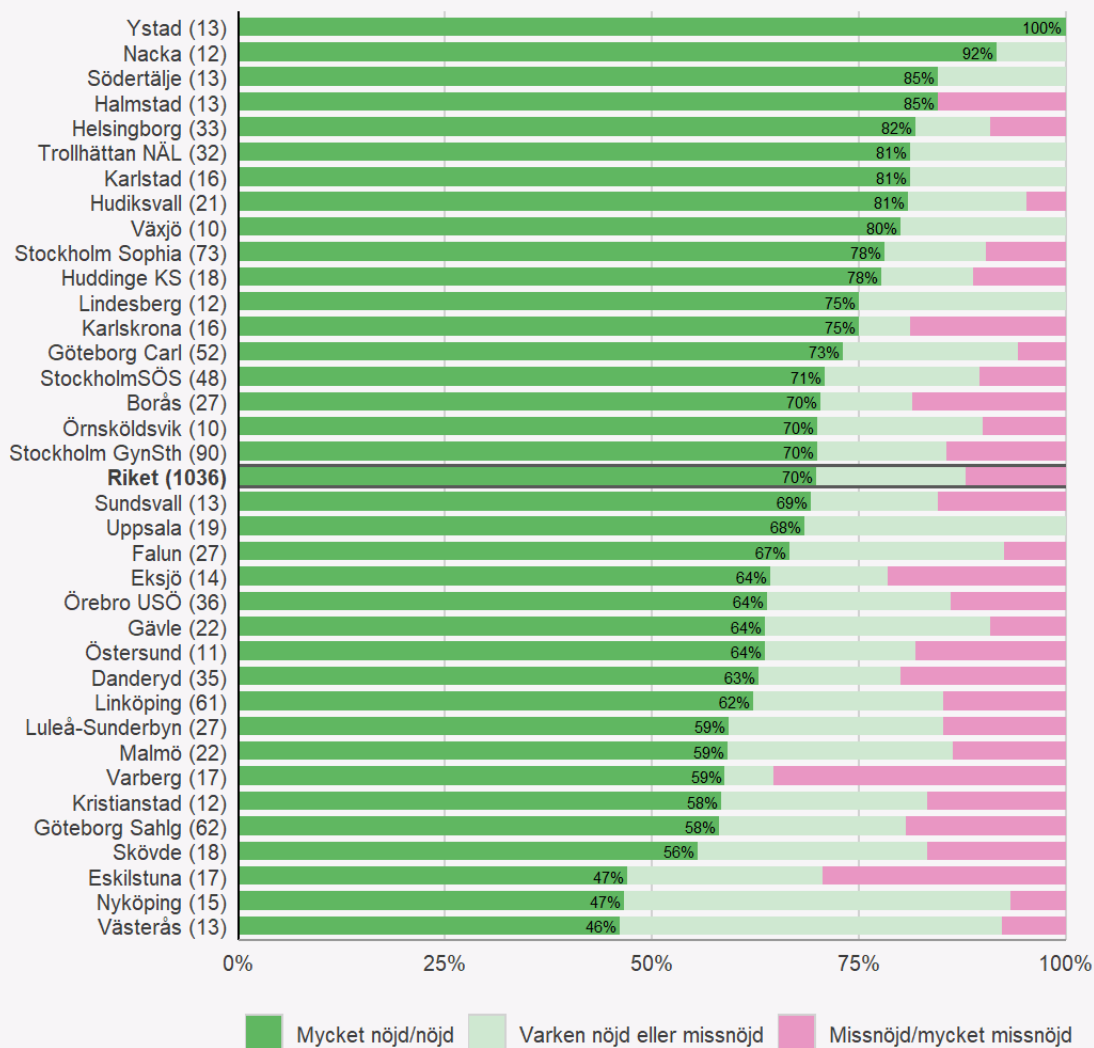


Figur 14. Andel samtidig perineorafi i samband med bakre plastik

Figur 14 illustrerar hur vanligt det är att man i samband med en bakväggplastik 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.

I figur 15–17 redovisas 1-årsresultat efter isolerad bakre plastik ($\pm$ perineorafi) gällande patientnöjdhet, globuskänsla och behov av att ta hjälp av fingrarna för att tömma tarmen. Spridningen i andelen nöjda patienter efter bakväggsplastik ligger mellan 100% och under 50%. Man kan notera att generellt färre har globuskänsla ett år efter bakre jämfört med främre plastik, men trots detta är patientnöjdheten generellt sämre efter bakre plastik. 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 en tarmtömningsproblematik. Vi vet samtidigt att tarmtömningsbesvär kan ha väldigt många andra etiologiska förklaringar än en sviktande bakvägg och att långt ifrån alla botas med hjälp av kirurgi.

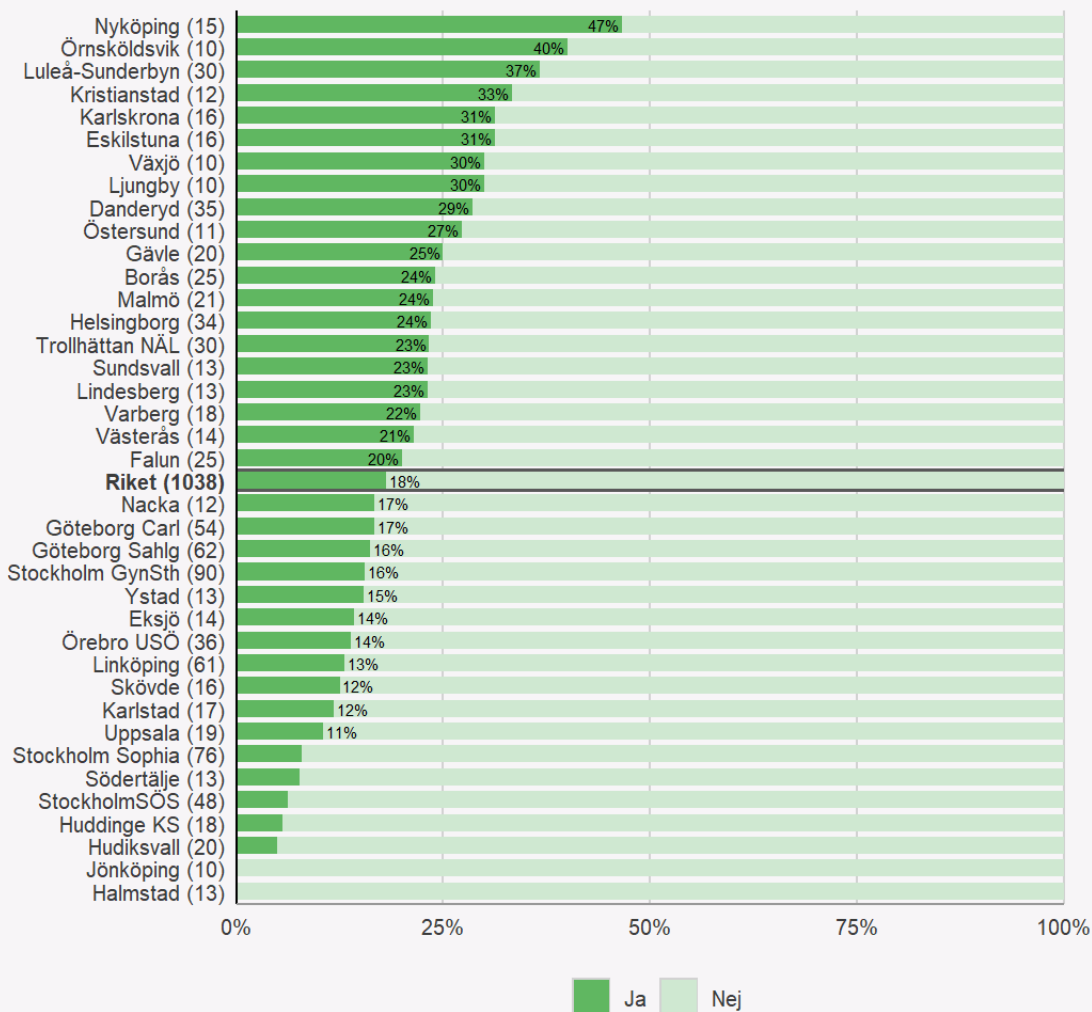
Patientrapporterad nöjdhet 1år efter operation Efter enbart bakre plastik



Figur 15. Patientrapporterad nöjdhet 1år efter isolerad bakre plastik

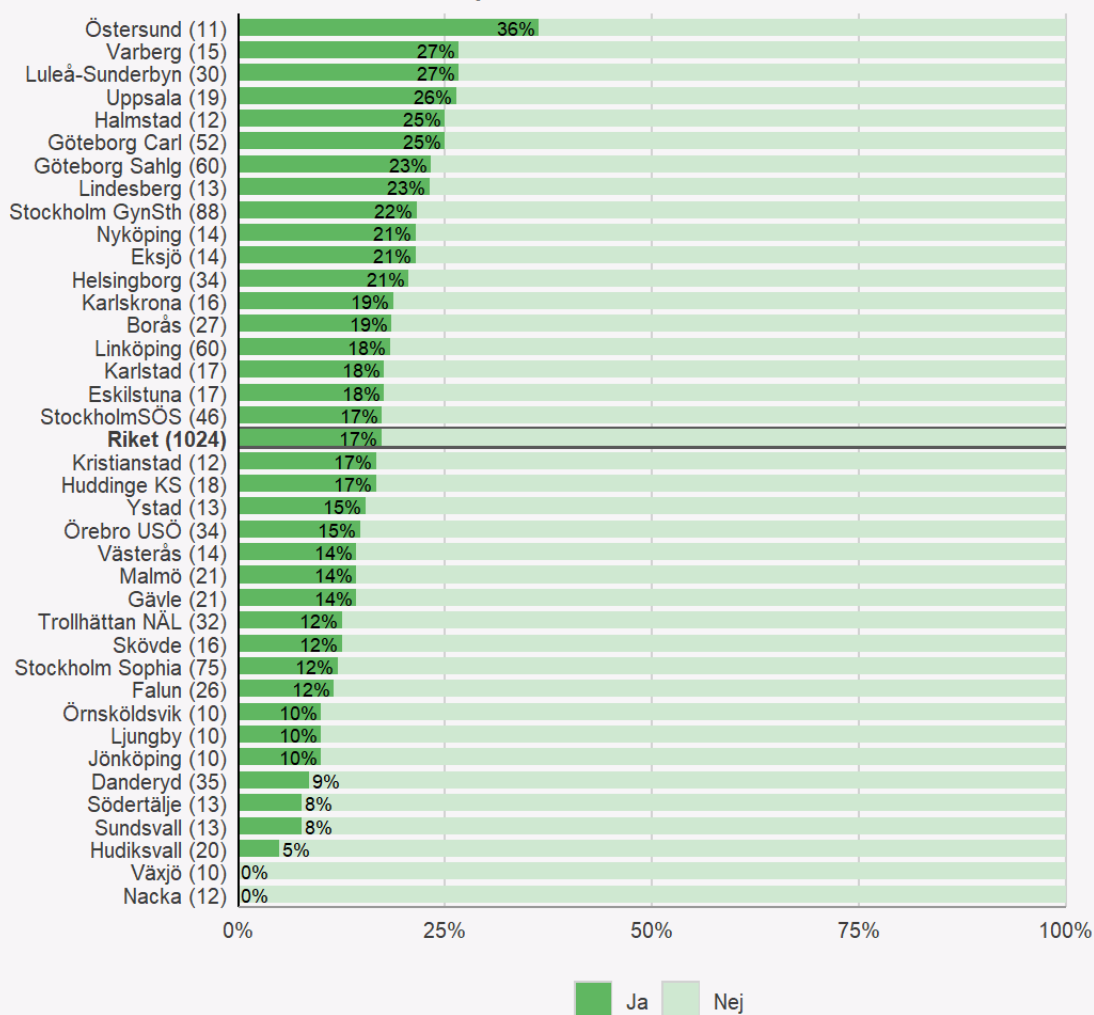
Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen

Efter enbart bakre plastik

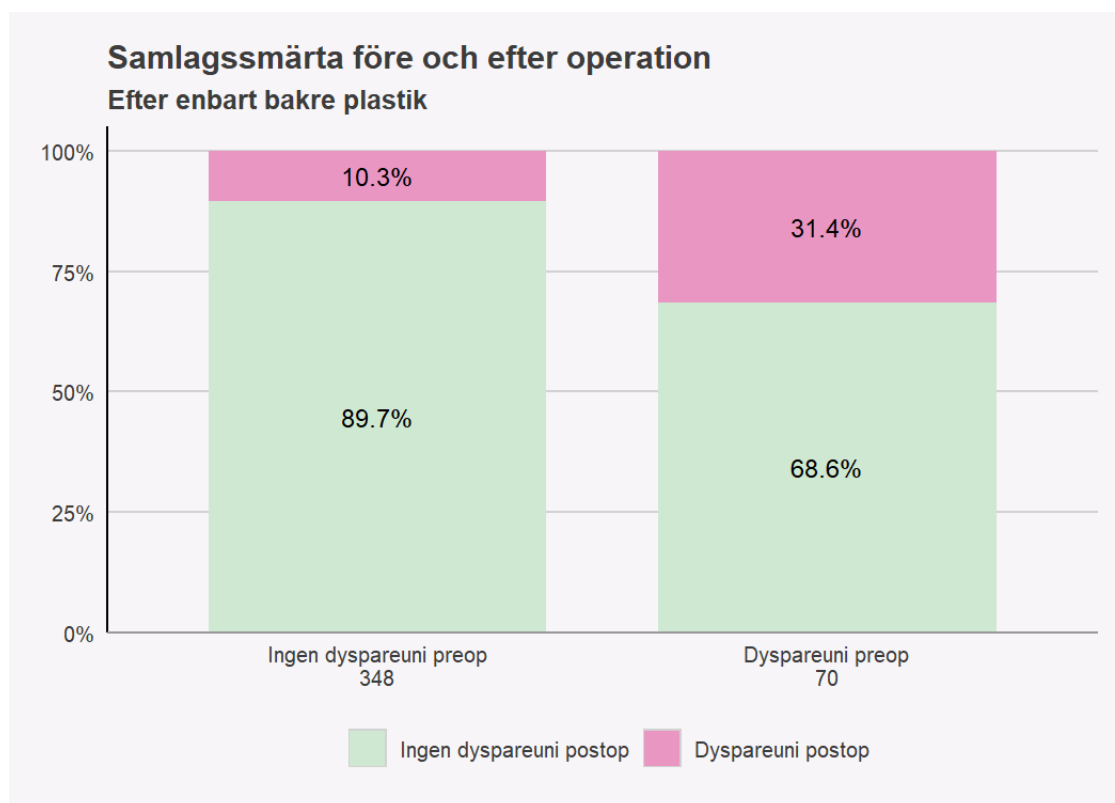


Figur 16. Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter bakre plastik

Behöver hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1år efter operation Efter enbart bakre plastik



Figur 17. Behöver hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1 år efter operation



Figur 18. Samlagssmärta före och efter isolerad bakre plastik

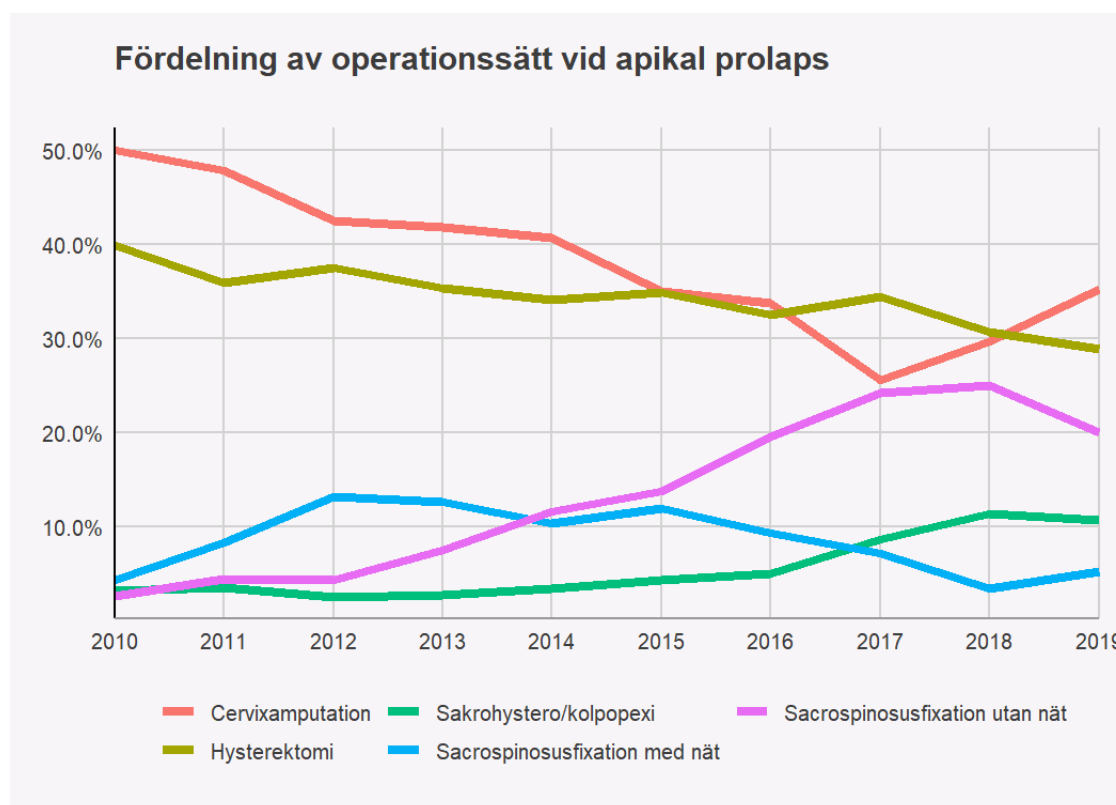
Vaginal kirurgi, framför allt bakväggsplastik, kan leda till nyttillkommen (de novo) dyspareuni. I år gjorde vi en översiktlig kartläggning av förekomsten av dyspareuni pre- och postoperativt bland kvinnor som genomgått kirurgi i bakre compartment under 2018. Svarsfrekvensen gällande dyspareuni-frågan var 74% bland dem som var sexuellt aktiva. Resultaten visar på att 10% rapporterar de novo dyspareuni efter sin operation. Viktigt är dock att notera att ingreppet botade nästan en tredjedel av kvinnorna som rapporterade samlagssmärta innan operation.

Apikal defekt

Inom urogynekologisk forskning har man under senaste årtiondet börjat förstå att framfall av den främre vaginalväggen i mycket hög utsträckning samvarierar med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi).¹⁶⁻¹⁸ Korrigering av det apikala stödet verkar halvera risken för reoperation p g a återfall.¹⁹ Det finns dock ingen konsensus kring när en apikal upphängning bör ingå i framfallsoperationen. 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 för åtgärd av apikalt framfall. 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

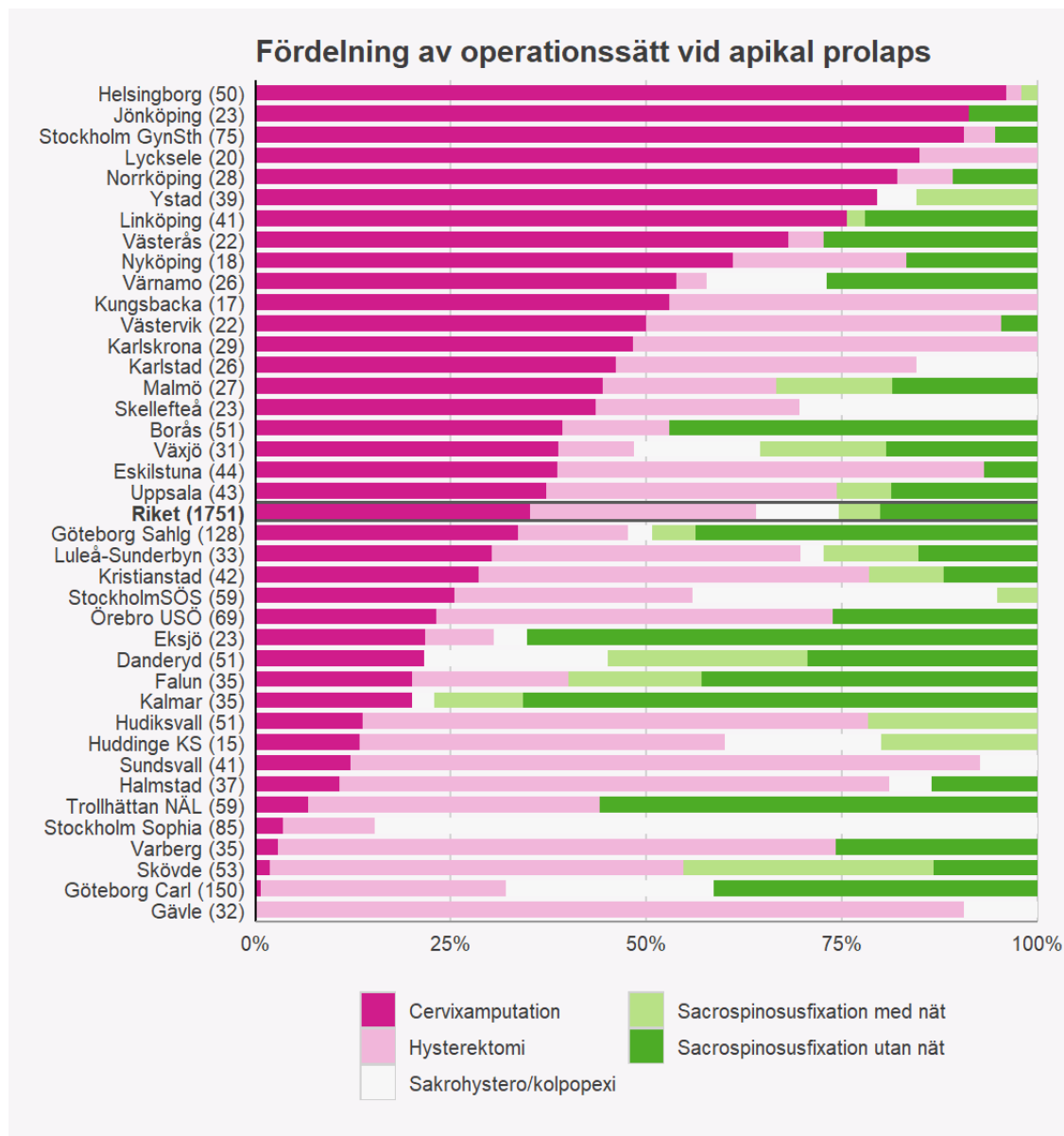
Nedan ser ni hur trenden i landet ser ut gällande de olika operationsmetoderna för apikal prolaps. Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och från och med 2019 är det inte längre den vanligaste metoden. Även cervixamputation verkar ha minskat under 2010–2016 men har därefter fått ett uppsving och är nu den vanligaste metoden i Sverige. Vi ser också att sakrospinösusfixation ökat i popularitet, dock med en dipp senaste året.

Slutligen ser vi att sakrohystero-/kolpopexi fortfarande är ovanligt i Sverige men en sakta uppåtgående trend anas.

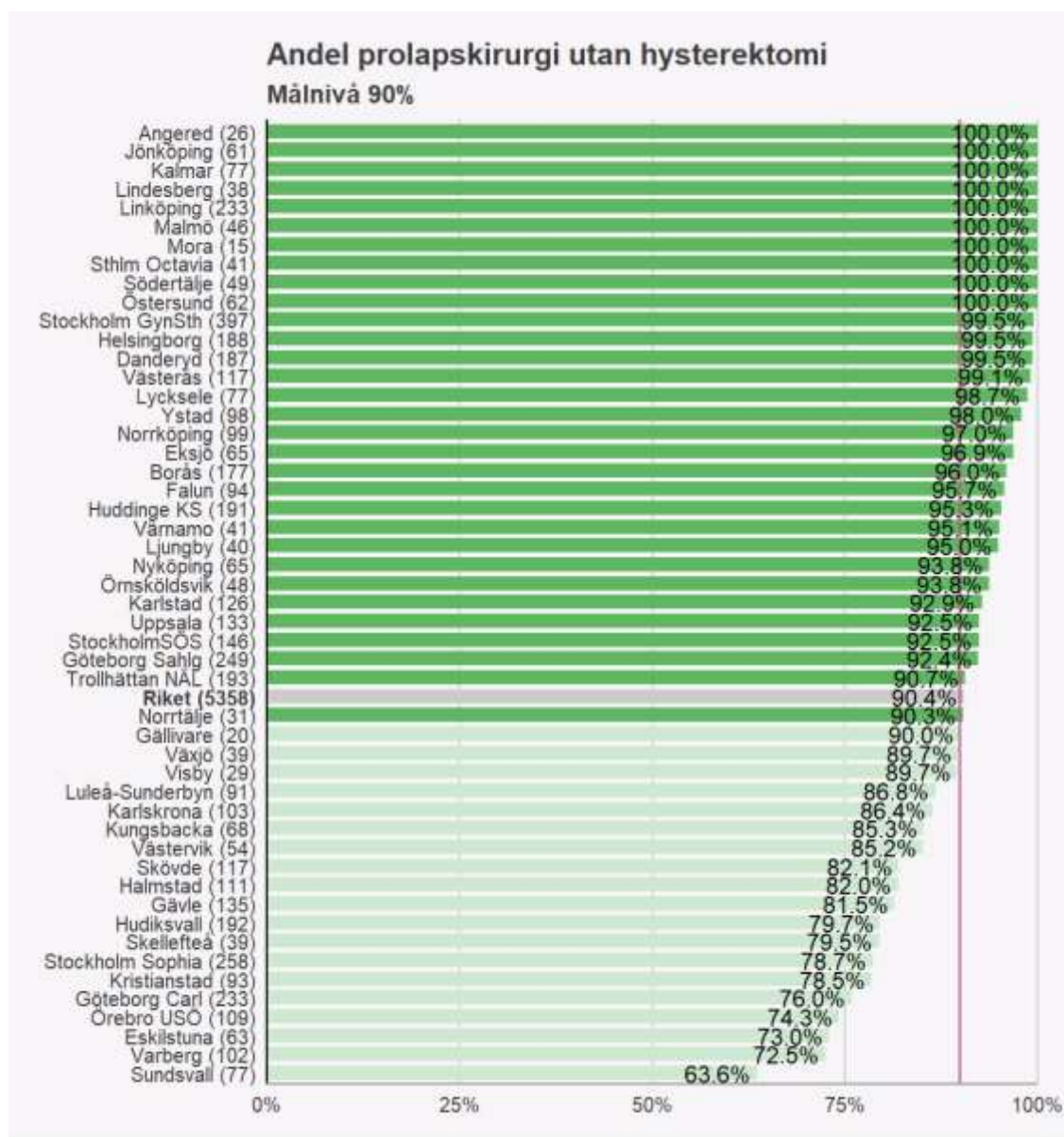


Figur 19. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

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 jobbar för fullt med att ta fram evidensbaserade råd för vilken operationsmetod man bör rekommendera för olika patientkategorier. Förhoppningsvis kommer detta leda till en homogeniserad praxis. Vi hoppas även att sakrohystero-/kolpopexi 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!



Figur 20. Fördelning av operationssätt vid apikalt framfall



Figur 21. Andel framfallskirurgi utan hysterektomi

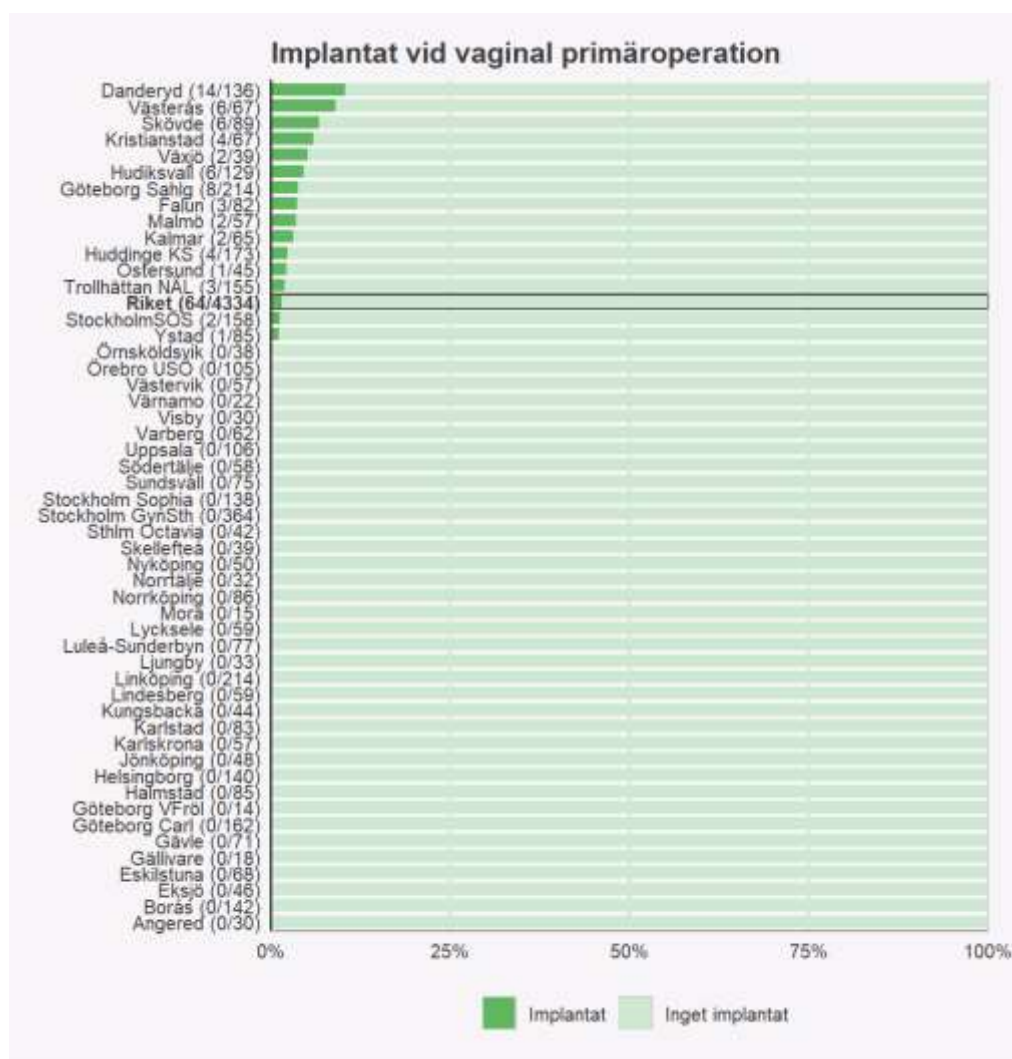
I figur 21 redovisas andelen framfallsoperationer där samtidig hysterektomi utförts. Senare års forskning talar för att livmodern är en oskyldigt "medpassagerare" när det kommer till framfall. Anledningen till att på ren framfallsindikation göra en hysterektomi är att komma åt de apikala upphängningsligamenten. Dock verkar inte hysterektomi medföra någon förbättring avseende bot av framfallssymptom, däremot leder hysterektomin till högre risk för allvarliga komplikationer, längre operations- och vårdtid samt ökad peroperativ blödningsmängd.^{8,21,22} Dessutom visar studier som undersöker patienternas preferenser att majoriteten önskar bevara sin livmoder vid en framfallsoperation om resultatet blir detsamma.²³ Vi ser att majoriteten av klinikerna i Sverige har anammat denna evidens och gör hysterektomi på framfallsindikation hos <10%.

Nätkirurgi

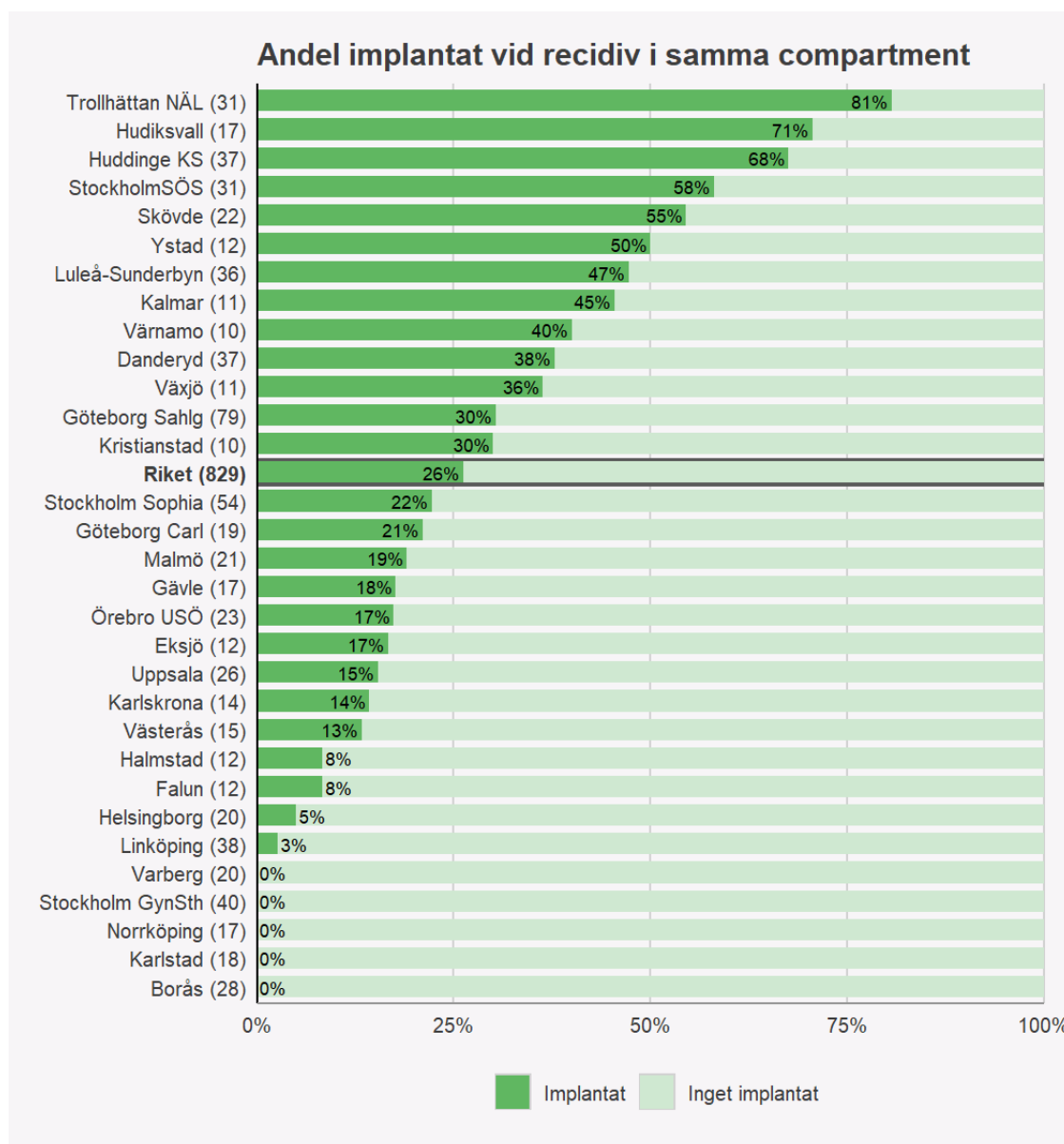
Slutligen redovisas användningen av vaginala nät under 2019. I tabell 1 ser vi att användandet av vaginala implantat markant minskat under senaste 5 åren. Efter FDA:s förbud och varningar gällande vaginala implantat har många tillverkare dragit tillbaka sina nät från marknaden. Internationellt är man tämligen överens om att vaginala nät inte bör användas i samband med primäroperation. 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. Figur 22 visar att användningen av vaginalt nät i samband med primär framfallsskirurgi numera är väldigt ovanligt i Sverige.

Tabell 1. Vaginala implantat i riket de senaste fem åren

År	Antal
2015	553
2016	503
2017	472
2018	362
2019	281



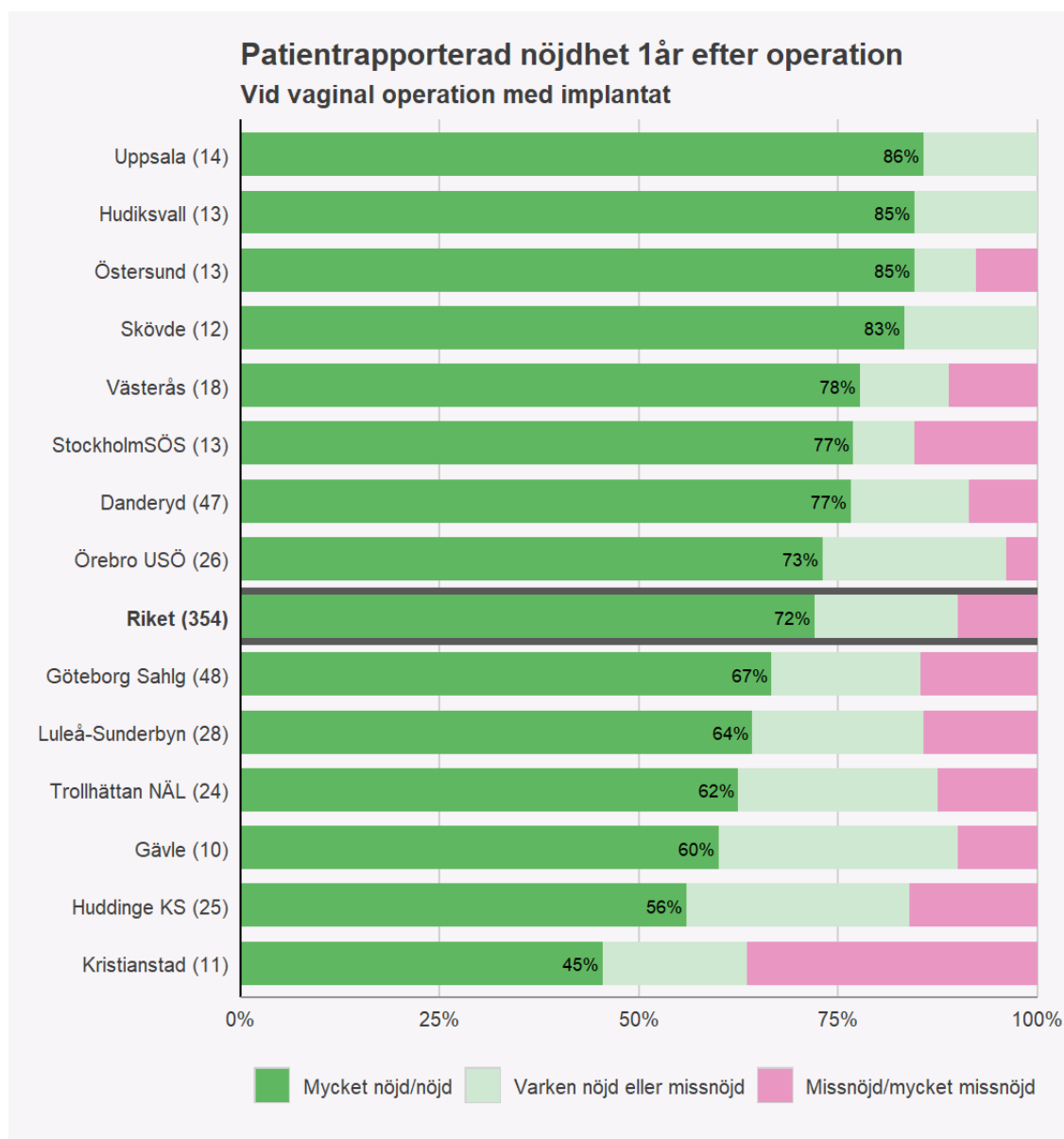
Figur 22. Implantat vid vaginal primäroperation.



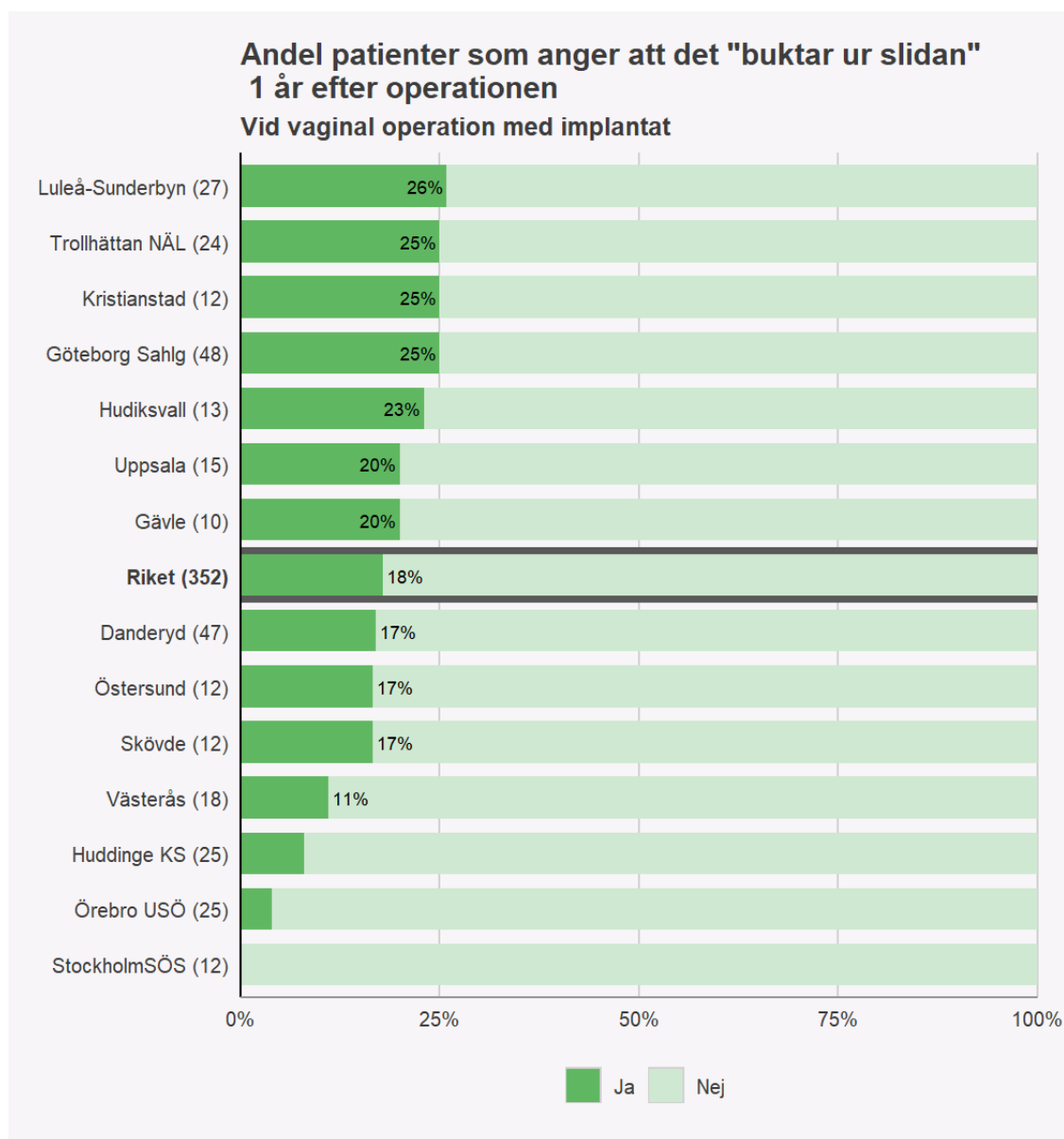
Figur 23. Andel implantat vid recidiv i samma compartment

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 rutiner över landet. När nätkirurgin centraliseras framöver kommer dessa relativt få ingrepp fördelas på färre operatörer, vilket förstås 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. Vi hoppas även kunna bygga ut en separat modul i GynOp för registrering av komplikationer och resultat av behandlingen av dessa.

De sista två figurerna nedan redovisar patientrapporterad nöjdhet samt globuskänsla ett år efter operation med vaginalt nät. Det rör sig om relativt få patienter och slumpen spelar sannolikt roll, men man kan konstatera att spridningen i nöjdhet är påtaglig och varierar från 90% till under 50%. Kliniker som har hög andel av "avsaknad av globuskänsla" verkar inte gå hand i hand med nöjdhet. Man kan tänka sig att överkorrigering, nytillkomna urinsymptom, smärttillstånd, erosioner eller dyspareuni kan leda till missnöjd patient även om globuskänslan är botad.



Figur 24. Patientrapporterad nöjdhet 1år efter operation med vaginalt nät



Figur 25. Andel patienter som anger att det "buktar ur slidan" 1 år efter operationen med vaginalt nät

Avslutande kommentarer

GynOp-registret är en guldgruva för både kvalitetsuppföljning och forskning. Registret har en bra täcknings- och anslutningsgrad och dessutom är våra patienter väldigt måna om att svara på enkäterna. Detta innebär att vi har kompletta data med väldigt hög generaliserbarhet.

Registerdata ger oss en informativ överblick över hur vi tar hand om kvinnor med bäckenbottendysfunktion i detta avlånga land. Det ni dagligen registrerar leder till mängder av värdefull information, som gör att vi för varje år blir lite klokare och förbättrar vården för våra patienter. Dessutom bedrivs det väldigt mycket forskning på GynOps registerdata, så kom ihåg att den tid ni under dagen lägger ner på att registrera verkligen har en enorm betydelse och spelar roll.

Vi planerar att under kommande år satsa på att analysera och förbättra den interna validiteten i det som registreras. Vi kommer dessutom att uppdatera och renovera registreringsflikarna så att det blir så användarvänligt och intuitivt som möjligt. Vi är väldigt måna om få ta del av användarnas tankar och synpunkter i detta renoveringsprojekt. Om ni önskar framföra era kommentarer kring hur vi skall förändra registreringsformulären eller om ni har önskemål om specifika ämnen till nästa årsrapporter så tveka inte att kontakta mig på ida.bergman@sll.se.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
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.
Apikal	"Från toppen", vid apikal prolaps avser det framfall av livmodern eller av slidans topp om livmodern är bortopererad.
ASA-klassificering	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.
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.
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 karakteristika	Demografi = befolkningslära, karakteristika = kännetecken
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.
Dyspareuni	Smärta vid samlag
Erosion	Erosion betyder nednötning och i sammanhanget näterosion menas att slidslemhinnan skavts av så att det underliggande syntetiska nätet framträder.
Etiologi	Läran om orsaker och dess samband, till exempel sjukdomsorsaker.
Evidens	Bevis eller belagd kunskap
FDA	Food and Drug Administration, USA:s motsvarighet till Läkemedelsverket. FDA är de som godkänner att läkemedel får användas i USA.
Globuskänsla	Känsla att något buktar ut i eller ut ur slidan
Granulom	Nybildad inflammatorisk vävnad
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Implantat	Syntetiskt nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.
Konsensus	Samstämmighet, att alla är överens om att något är/ska vara på ett visst sätt
Levator(muskel)	Muskelgrupp av tvärstrimmiga muskler i bäckenbotten. Fäster i bäckenbenet framtill och i svanskotan baktill.
Multifilament sutur	En multifilament sutur är sammanflätad eller tvinnad av flera trådar. En enkeltrådig sutur kallas monofil sutur.
Perineoraf	Kirurgiskt ingrepp där mellangårdens muskelfästen återskapas så att mellangården (perinealkroppen) byggs upp.

Uppslagsord	Förklaring
Peroperativ	Under operationen, till exempel peroperativ blödningsmängd som är hur mycket det blöder i operationsområdet under själva operationen.
Prevalens	Den andel individer i en grupp människor som har en given sjukdom eller ett givet tillstånd
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
Resorberbar sutur	Sutur/tråd som används för att sy vid operation och som bryts ner av kroppen efter kortare eller längre tid. Motsatsen är permanenta (icke resorberbara) suturer.
Sacrospinosusfixation	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.
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).
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.
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.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.
- 6.Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
- 7.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.
- 8.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.
- 9.Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:98-101.
- 10.Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. *Int Urogynecol J* 2010;21:523-8.
- 11.Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
- 12.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.
- 13.Luck AM, Galvin SL, Theofrastous JP. Suture erosion and wound dehiscence with permanent versus absorbable suture in reconstructive posterior vaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1626-9.
- 14.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.
- 15.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.
- 16.Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1438-43.
- 17.Lowder JL, Park AJ, Ellison R, et al. The role of apical vaginal support in the appearance of anterior and posterior vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 2008;111:152-7.
- 18.Rooney K, Kenton K, Mueller ER, FitzGerald MP, Brubaker L. Advanced anterior vaginal wall prolapse is highly correlated with apical prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1837-40.
- 19.Eilber KS, Alperin M, Khan A, et al. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol* 2013;122:981-7.
- 20.Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:Cd012376.
- 21.Bergman I, Soderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Cervical amputation versus vaginal hysterectomy: a population-based register study. *Int Urogynecol J* 2016.
- 22.Meriwether KV, Antosh DD, Olivera CK, et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219:129-46.e2.
- 23.Korbly NB, Kassis NC, Good MM, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:470.e1-6.