

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2020

Författare:

Anneli Jördens

Registeransvarig för delregistret för intrauterin kirurgi
överläkare, gynekologmottagningen, Lasarettet i Enköping

Figurer och dataanalys:

Jessica Edlund och Gabriel Granåsen, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Hanna Kriström, kanslichef, GynOp, Umeå

Publicerad 2021-05-05



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Introduktion	1
Tidsperiod	2
Antal utförda operationer	2
Ålders- och BMI-fördelning.....	7
Indikationer.....	8
Typ av operation som utförts	12
Anestesi.....	13
Operationstid.....	15
Vårdtid	17
Tid till normal ADL	19
PAD	20
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation	21
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv.....	22
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	23
Förbättring efter 1 år	23
Nöjdhet efter 1 år	24
Komplikationer	26
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	27
Myom.....	29
Peroperativa komplikationer.....	29
Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation	30
Myomstorlek och komplikation.....	30
Metodval och komplikation.....	31
Operationstid och komplikation	32
Reoperationer.....	32
Sammanfattning	33
Ordlista.....	34

Introduktion

Hysteroskopiregistret kommer att byta namn i år.

Det nya namnet är **Intrauterin kirurgi** med hysteroskop och/eller destruktionsmetoder, men namnändringen är inte gjord ännu vid denna rapports skrivande, så tills vidare gäller Hysteroskopi när du registrerar i GynOp.

Anledningen till namnbytet är att förbättra det som registreras, för att belysa att delregistret inte enbart handlar om hysteroskopiska ingrepp utan även om destruktions- och ablationsmetoder. De senare är ju i högsta grad önskvärt att få bättre siffror på, då det kan vara en i högsta grad kvalitetshöjande operation för kvinnor med rikliga menstruationer. Det har saknats en del registreringar vid jämförelse med Socialstyrelsens siffror på utförda operationer i Sverige. Med bättre registreringar kan vi uppmuntra fler till forskning med hjälp av registeruttag från delregister Intrauterin kirurgi.

I föregående årsrapport för hysteroskopi (2019) skrev vi om att antalet utförda endometriedestruktioner enligt Socialstyrelsen för 2018 var 386 stycken men enbart 195 av dessa var registrerade i GynOp. Siffrorna för år 2019 av antal operationer är nästan samma enligt Socialstyrelsens siffror, 382 stycken. Nu ser vi dock en liten förbättring då 259 av dessa är registrerade i GynOp. Det har ökat från drygt 50% registrerade till drygt 67% men förbättringspotential finns fortsatt! Vi får hjälpas åt med att få ännu fler ingrepp registrerade för år 2020 (Socialstyrelsen har inte sammanställt siffror ännu för år 2020) så kan vi se detta i nästa årsrapport!

Anslutningsgraden för år 2019 (år 2020 ej tillgängliga från Socialstyrelsen ännu) till GynOp och Hysteroskopiregistret av kliniker som utför hysteroskopi är 47 av 55 kliniker, 85,5%. Täckningsgraden anger hur många operationer som har utförts i landet och som är med i GynOp och den är fortsatt lite lägre på 75%. Detta behöver fortsatt jobbas på för alla intrauterina ingrepp, mot målvärde 85% för att få högre certifieringsnivå av delregistret.

Genom att uppdatera inmatningsformulären i GynOp hoppas vi förbättra bland annat dessa bitar. För Intrauterin kirurgi är allt genomgången i detalj, varje klickruta är granskad och justerad och det finns en stor förhoppning om att det skall upplevas klart förbättrat av alla operatörer. När det sätts i drift hoppas vi att det ska kunna medföra att vi uppnår högre kvalitet på den data som samlas in. Det finns även förhoppning om att förbättringen skall göra det lättare att få fram mer detaljerat material. Något som underlättar för forskningsprojekt och kan höja delregistrets betydelse för forskning och utveckling.

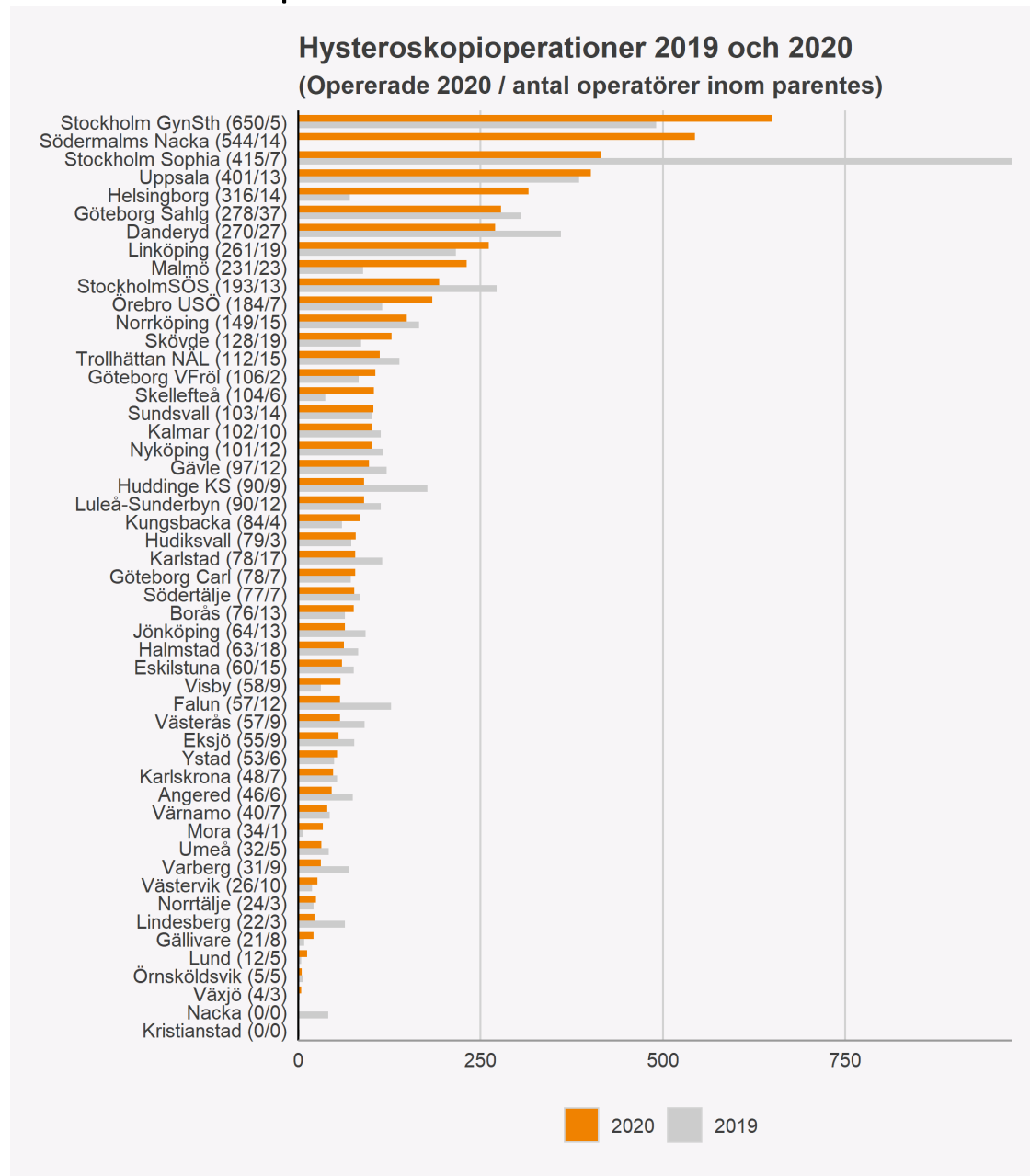
Anneli Jördens

Delregisteransvarig för intrauterin kirurgi

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2020. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2019 använts.

Antal utförda operationer

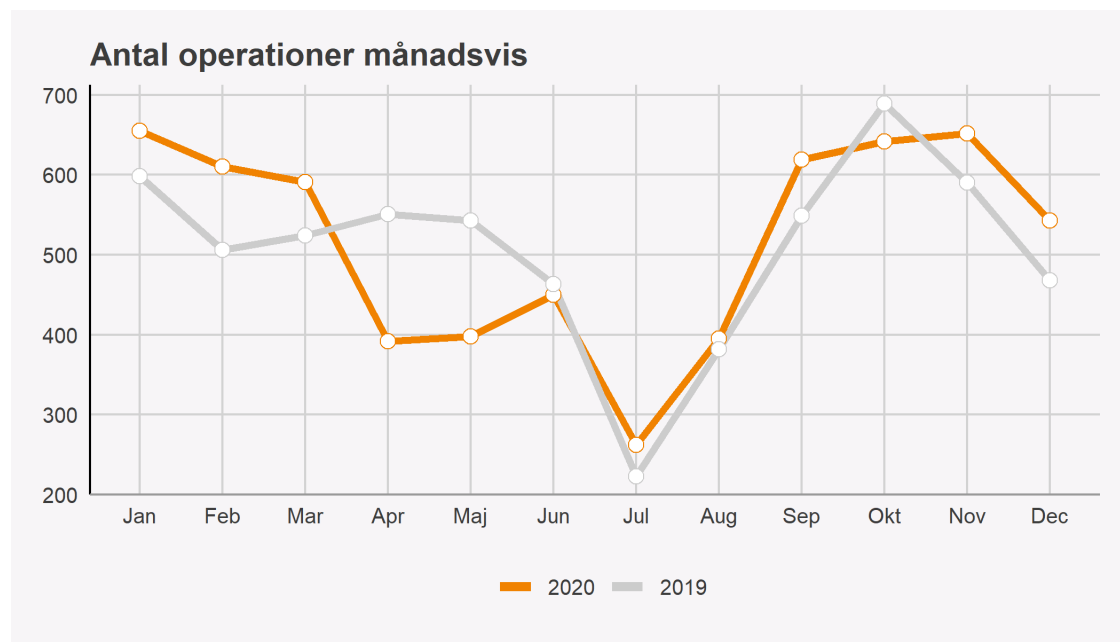


Figur 1. Hysteroskopioperationer år 2019 och 2020

I riket registrerades 6209 operationer under år 2020 vilket kan jämföras med 6086 registrerade operationer 2019. Vi har alltså något fler utförda operationer under pandemiåret. Många andra operativa ingrepp har ju tvärtom minskat betydligt, vilket kan ses i den rapport som GynOps registerhållare författat *Specialrapport: Covid-19 och benign gynekologisk kirurgi*, du hittar rapporten på www.gynop.se/for-kliniker/ovriga-rapporter/.

En förklaring är sannolikt att intrauterina ingrepp ofta utförs i öppenvård på enheter utanför de större sjukhusen, framför allt gäller detta i Stockholm. Verksamheten på öppenvårdsenheter utanför sjukhus med akut verksamhet och intensivvård har inte påverkats lika mycket av stopp för elektiva ingrepp på

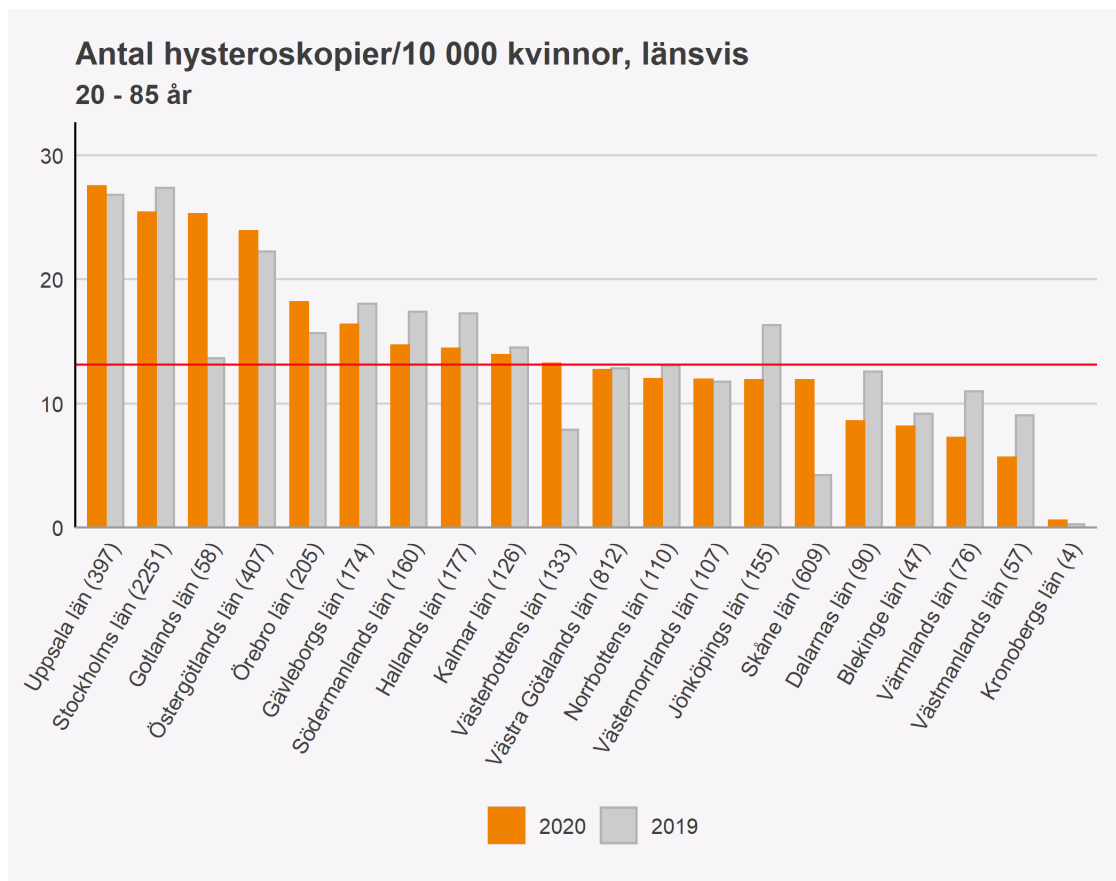
grund av pandemin. Stockholm har ju också flera vårdvalsaktörer och vi ser att det har skett förändringar av utförare och kliniker även i år, då Stockholm Sophia har minskat sin verksamhet och den produktionen som tidigare gjordes där har övergått till Nacka. Dock inte som Nacka sjukhus, utan i regi av Södermalms läkarhus med operativ verksamhet på Nacka.



Figur 2. Intrauterin kirurgi månadsvis 2019 och 2020.

Denna figur ger en tydlig bild av vad som hände i slutet av första kvartalet och under andra kvartalet, då de stora produktionsstoppen inträffade till följd av Covid-19. Men anledningen till att det trots allt är fler utförda intrauterina ingrepp år 2020 jämfört med år 2019 ser vi i början och i slutet av året då trenden ligger högre.

De flesta sjukhusen och klinikerna försökte sannolikt att efter sommaren ta igen det man tappat innan sommaren, men sedan kom ju andra vågen av pandemin.



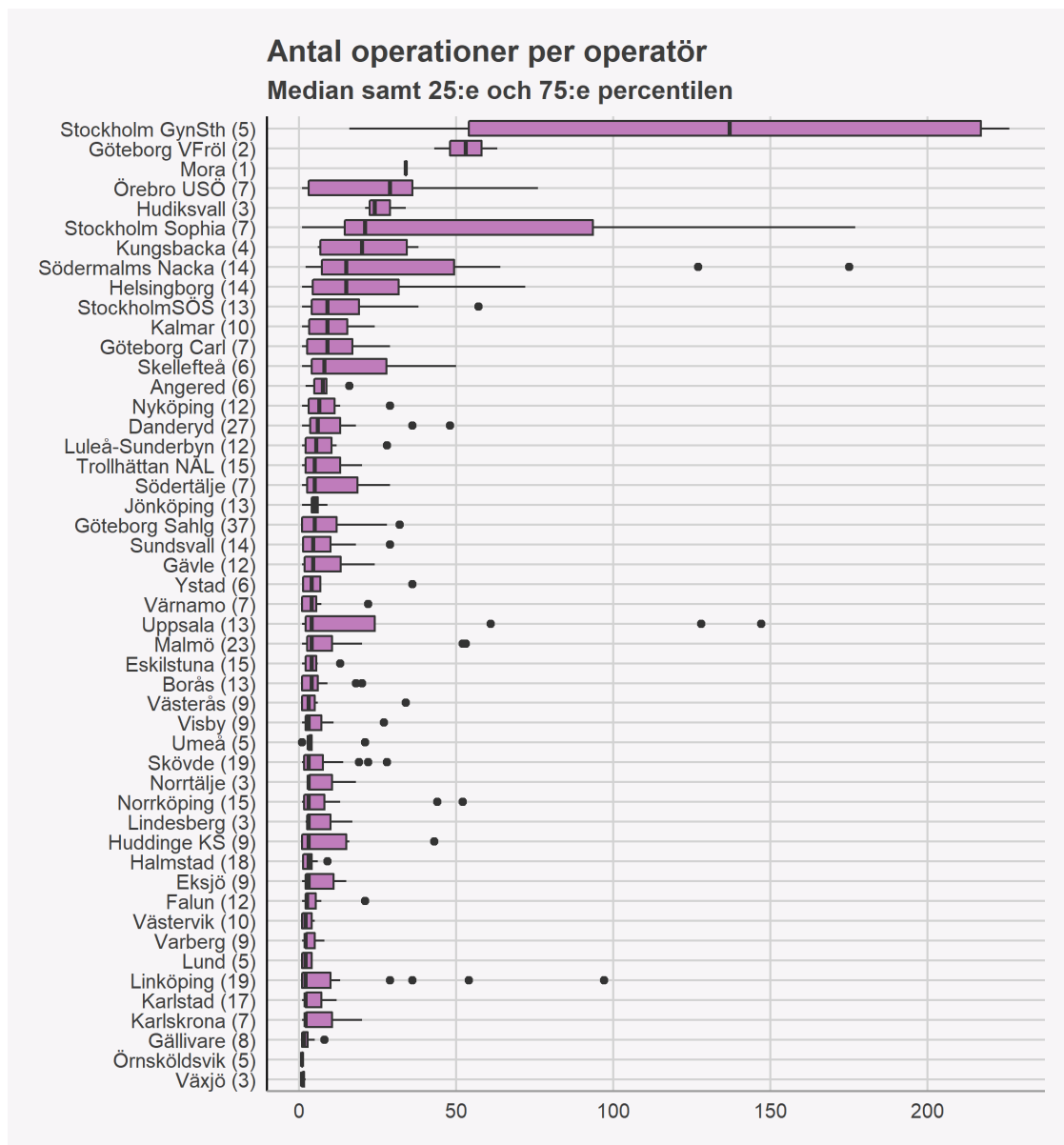
Figur 3. Antal hysteroskopier/10 000 kvinnor (ålder 20–85 år), hämtat från GynOp och SCB år 2020. Inom parentes visas antalet opererade för år 2020.

Det råder fortsatt stor skillnad i landet avseende antalet utförda intrauterina operationer per 10 000 kvinnor och det går inte att säkert säga om detta betyder att det inte råder en jämlik vård i Sverige.

Sedan jag tog över som ansvarig för delregistret har jag haft en tanke att försöka nå ut till kliniker över landet med operativ verksamhet inom kvinnosjukvård. För att söka svar på frågor som:

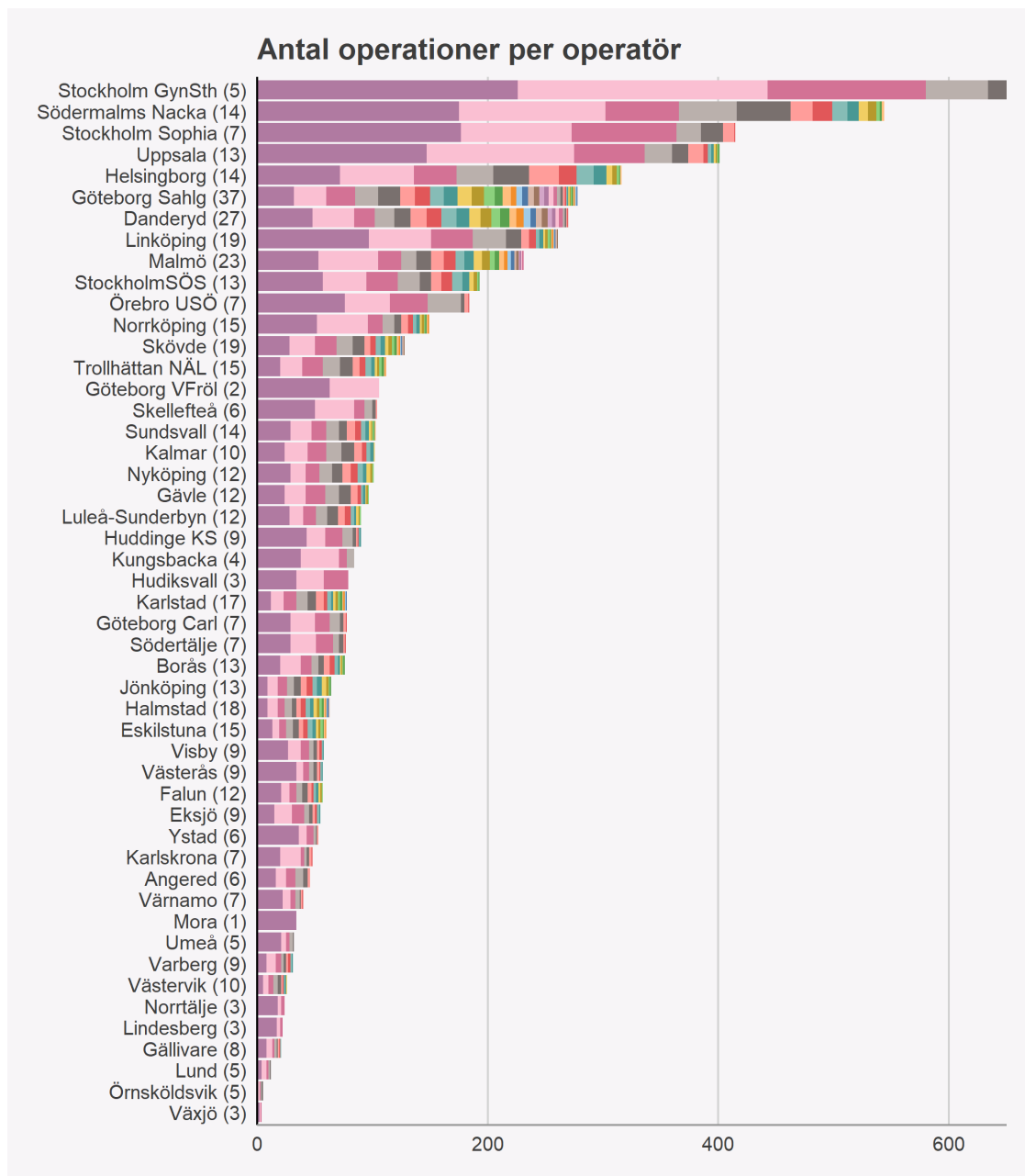
- vilka intrauterina operationer utförs
- vad ger dessa skillnader i vilken vård kvinnor har tillgång till och erbjuds

Jag hoppas på att kunna redovisa mer om detta i kommande årsrapporter.



Figur 4. Antal operationer per operatör.

Det råder stor spridning i landet när det gäller hur många operatörer per vårdenhets som utför intrauterin kirurgi. Som med all kirurgi så är det ju önskvärt med ett visst antal operationer per operatör och år för bibehållen kvalitet. I figuren redovisas antalet operatörer inom parentes och på vissa enheter förekommer det få operationer per operatör. För en betydande majoritet rör det sig om ett par operationer per operatör och år, detta tål att fundera på eftersom andelen operationer per operatör kan ha betydelse för kvaliteten.



Figur 5. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i kliniken stapel.

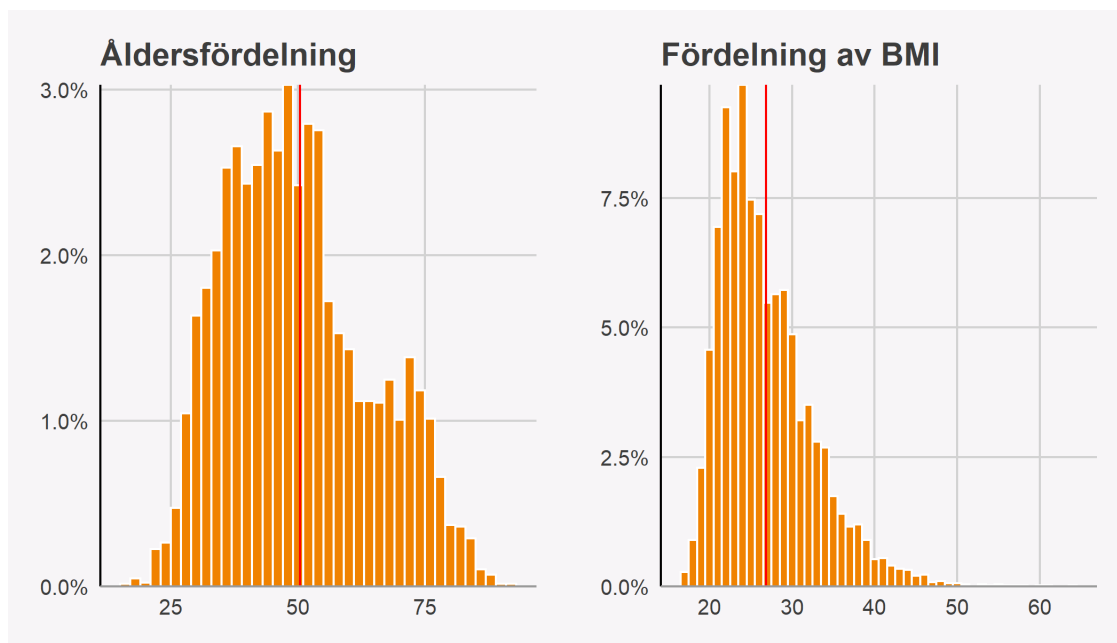
(Observera att detta är kliniken egenrapporterade uppgifter. Om en och samma läkare förekommer med flera identiteter i registret, till exempel på grund av att man lagt upp flera användare för samma läkare, så registreras detta också som flera operatörer om personen använder än den ena och än den andra 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.)

Denna figur visar ett annat sätt att redovisa antal operatörer per vårdenhets. En förklaring till det stora antalet operatörer på vissa kliniker kan vara att det handlar om utbildning av nya operatörer, att det är det som ger många färger i staplarna per enhet. Men då borde det vara en eller ett par tydliga operatörer som gör de flesta ingreppen, men det ser inte riktigt ut så på alla kliniker.

Om detta är bra eller dåligt kan jag inte säkert bedöma. Det är bra att många läkare får kunskap om och kan utföra intrauterin kirurgi, men kanske mindre bra att det blir för få ingrepp per operatör ur kvalitetssynpunkt.

På de enheter som gör flest ingrepp ser man dock lite tydligare att det ligger på färre operatörer.

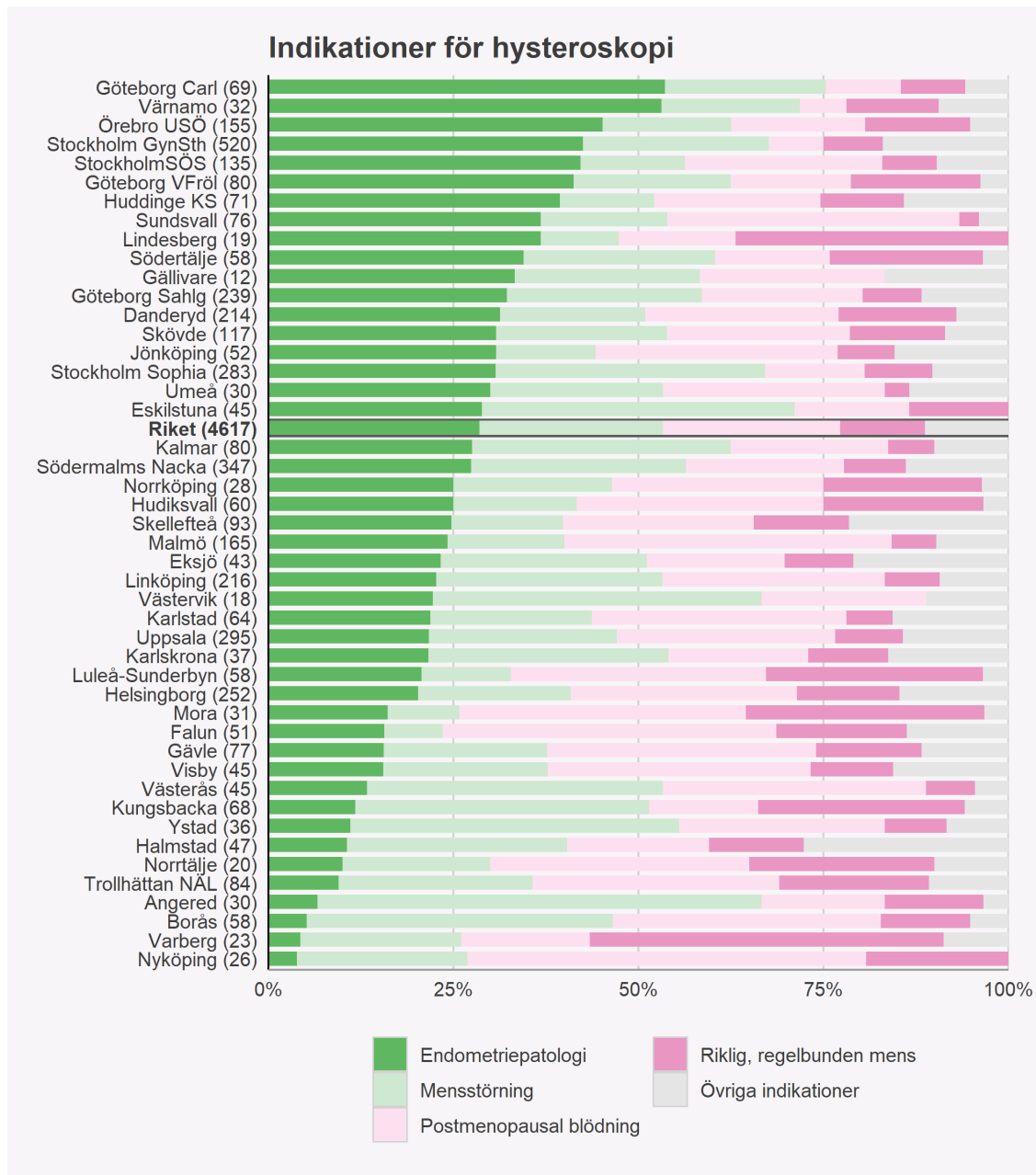
Ålders- och BMI-fördelning



Figur 6. Fördelning av ålder och BMI

Jämfört med tidigare år ser ålders- och BMI-fördelning lika ut. Fortsatt högt antal pre- och perimenopausala kvinnor, med en liten ökning kring 75 års ålder av de postmenopausala blödningsrubbingarna.

Indikationer



Figur 7. Indikationer för hysteroskopi

Vi ville statistiskt bryta ut indikationer lite mer i år för att se vilken diagnos som är registrerad för respektive indikation. Som tabellerna nedan visar förefaller alla diagnoser ingå i alla indikationer. Ett något förbryllande läge och anledningen till att jag ville ta med listorna som följer, för att demonstrera hur det ser ut statistiskt.

Omgjorda indikationer för intrauterin kirurgi ingår i det nya inmatningsformuläret som är under arbete. Förhoppningsvis kommer det innebära att det blir mindre spretigt framöver.

Tabell 1. Diagnoser vid indikationen riklig regelbunden mens.

Huvuddiagnos	Antal
Myom D25.9	201
Menorragi N92.0	199
Menometrorragi N92.1	26
Corpuspolyp N84.0	22
Corpuspolyp, endometriepatologi N84.0	21
Metrorragi N92.1	9
Riklig regelbunden mens	8
Annan indikation/diagnos	4
Corpuspolyp med postmenopausal blödning N84.0	4
Oregelbunden mens UNS N92.6	3
Adenomyos N80.0	3
Myom med infertilitet D25.9	3
Glandulärcystisk hyperplasi av endometriet N85.0	2
Postmenopausal blödning	2
Dermoidcysta D27.9	1
Adenomyos med dysmenorré N80.0	1
Myom med dysmenorré D25.9	1
Ad. hyperplasi med atypi N85.1 (Canceranmäls)	1
Postmenopausal blödning, ej hormonbehandlad N95.0A	1
Myom med postmenopausal blödning D25.9	1
Endometriosis, ovarium N80.1	1
Corpuscancer C54.9(Canceranmäls, corpreg 1)	1

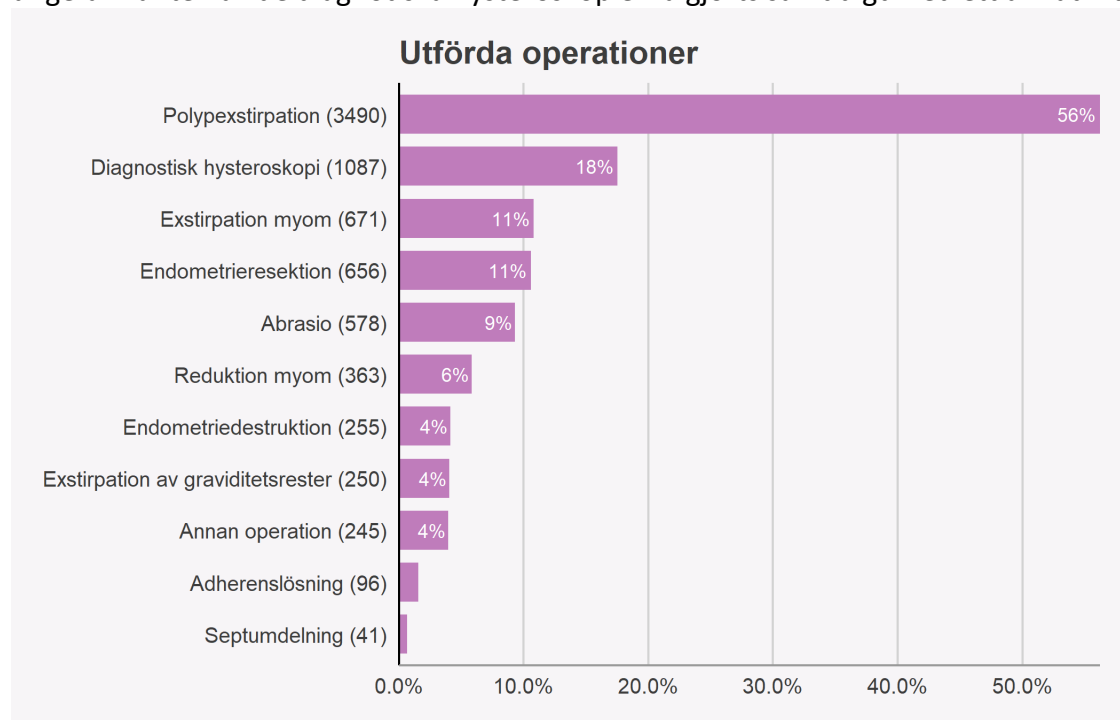
Tabell 2. Diagnoser vid indikationen mensstörning.Huvuddiagnos	Antal
Corpuspolyp N84.0	382
Myom D25.9	285
Menometrorragi N92.1	182
Oregelbunden mens UNS N92.6	60
Corpuspolyp, endometriepatologi N84.0	53
Metrorragi N92.1	52
Menorragi N92.0	26
Glandulärcystisk hyperplasi av endometriet N85.0	9
Adenomyos N80.0	8
Corpuspolyp med postmenopausal blödning N84.0	8
Annan indikation/diagnos	7
Mensstörning	7
Ad. hyperplasi med atypi N85.1 (Canceranmäls)	4
Postmenopausal blödning, ej hormonbehandlad N95.0A	3
Myom med postmenopausal blödning D25.9	3
Myom med infertilitet D25.9	3
Fördröjd och sekundär blödning efter graviditet O72.2	2
Postmenopausal blödning, hormonbehandlad N95.0B	2
Corpuscancer C54.9(Canceranmäls, corpreg 1)	2
Endometriosis ovarium N80.1	1
Adenomyos med dysmenorré N80.0	1
Myom med dysmenorré D25.9	1
Kvinnlig infertilitet beroende på störd funktion i uterus N97.2	1
Buksmärta UNS R10.4	1
Profylaktisk kirurgi pga riskfaktorer i samband med maligna tumörer Z40.0	1
Intrakavitär förändring med infertilitet N97.2	1
Infektionsrelaterat	1
Cancer in situ i corpus D07.0 (Canceranmäls)	1
Måttlig cervixdysplasi (CIN 2) N87.1	1
Dysplasi cervix UNS N87.9	1
Förekomst av IUD Z97.5	1

Tabell 3. Diagnoser vid indikationen endometriepatologi.

Huvuddiagnos	Antal
Corpuspolyp, endometriepatologi N84.0	782
Fördröjd och sekundär blödning efter graviditet O72.2	95
Corpuspolyp N84.0	89
Corpuspolyp med postmenopausal blödning N84.0	62
Kvinnlig infertilitet beroende på störd funktion i uterus N97.2	53
Myom D25.9	38
Annan indikation/diagnos	34
Endometrium, intrauterin patologi	22
Glandulärcystisk hyperplasi av endometriet N85.0	13
Menorragi N92.0	11
Postmenopausal blödning, ej hormonbehandlad N95.0A	11
Intrakavitär förändring med infertilitet N97.2	11
Myom med postmenopausal blödning D25.9	10
Graviditetsrelaterat	9
Menometrorragi N92.1	7
Corpuscancer C54.9	7
Oregelbunden mens UNS N92.6	6
Metrorragi N92.1	5
Ad. hyperplasi med atypi N85.1	4
Postmenopausal blödning, hormonbehandlad N95.0B	3
Ej spec myom D25.9	3
Adenomyos N80.0	2
Postmenopausal blödning	2
Kronisk inflammation i uterus N71.1	2
Adnexresistens, myom D25.9	1
Mensstörning	1
Täta trängningar R30.1	1
Buksmärtor UNS R10.4	1
Myom med infertilitet D25.9	1
Infertilitet pga störd funktion i äggledarna N97.1	1
Cancer in situ i corpus D07.0	1
Dysplasi cervix UNS N87.9	1
Annan malignitetsmisstänkt/precanceröst indikation/diagnos	1
Corpusmalignitet	1
Tumör av okänd natur i corpus D39.0 (	1
Corpuscarcinosarcom C54.9	1
Cystocele N81.1	1
Cervixelongation N88.4	1

Typ av operation som utförts

I figuren och tabellen nedan (utförda operationer) summerar andelarna till mer än 100 %. Detta eftersom det kan ha gjorts mer än en åtgärd för en patient vid samma operationstillfälle. Till exempel så har ungefär hälften av de diagnostiska hysteroskopierna gjorts samtidigt med ett annat intrauterint ingrepp.



Figur 8. Utförda operationer.

Tabell 4. Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypexstirpation	3490	48.9%
Enbart diagnostisk hysteroskopi	533	7,5%
Exstirpation myom	671	9,4%
Endometrieresektion	656	9,2%
Abrasio	578	8,1%
Reduktion myom	363	5,1%
Endometriedestruktion	255	3,6%
Exstirpation av graviditetsrester	250	3,5%
Annan operation	245	3,4%
Adherenslösning	96	1,3%

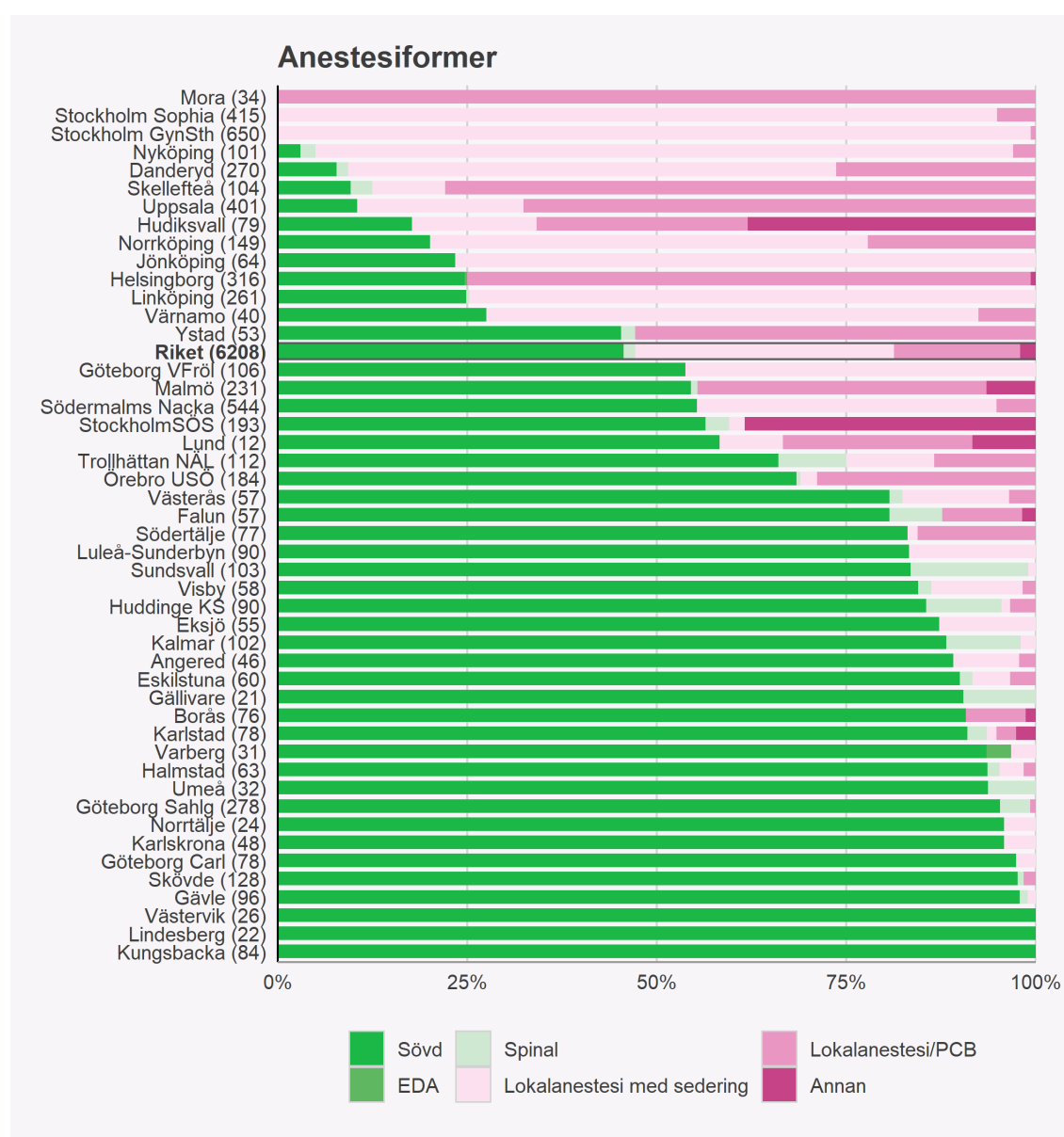
Vi kan konstatera att den vanligaste hysteroskopiska operationen fortsätter vara polypexstirpation. Det är fortfarande registrerat alldeles för många enbart diagnostiska hysteroskopier i GynOp. Med tanke på att budskapet under flera år (sedan år 2017) varit att enbart diagnostiska hysteroskopier inte ska registreras i GynOp vill jag ännu en gång påminna om detta.

Det är också många abrasio registrerade i Hysteroskopiregistret, de hör inte heller hemma här, vilket jag hoppas kommer framgå tydligare i den nya versionen av Intrauterin kirurgi. Budskapet kring abrasio är att det i majoriteten av fallen bör bytas ut mot hysteroskopisk undersökning och operation av uteruskaviteten.

Anestesi

Tabell 5. Anestesiformer sorterade på förekomst

Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	2833	45.6%
Lokalanestesi med sedering	2121	34.2%
Lokalanestesi	534	8.6%
PCB	499	8.0%
Annan	126	2.0%
Spinal	93	1.5%
EDA	2	0.0%



Figur 9. Anestesiformer

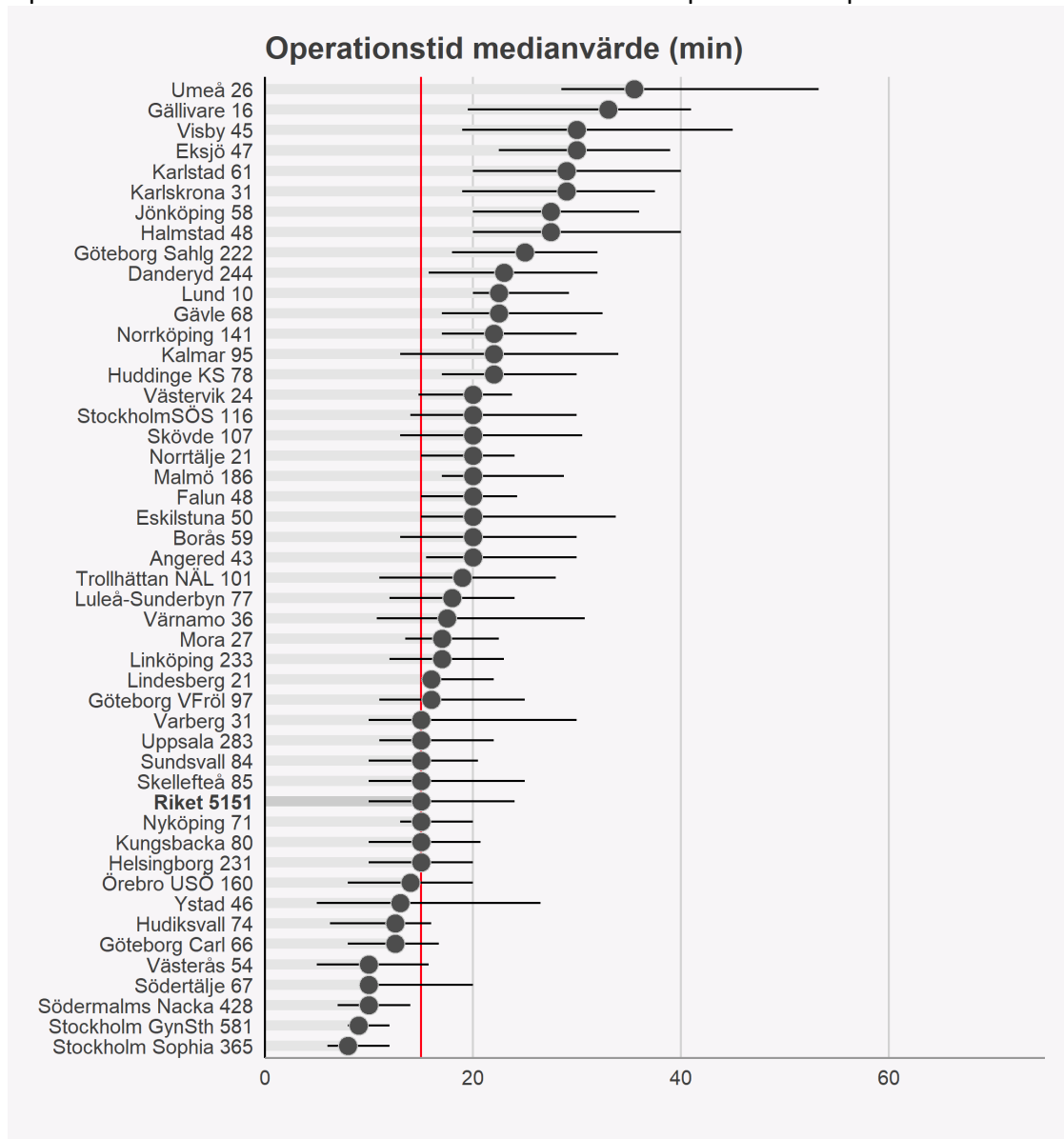
Tabell 6. Vad har man angett under Anestesi = Annan?

Anestesi	Antal
Sedering	60
Inget	46
Uppgift saknas	4
Per os smärtlindring	4
Vaginoskopi	4
Citanest portio	2
Narkos	1
Per os	1
Preoperativ Alvedon, Ipren	1
Rapifenrus	1
Smärtlindring	1
Spinal	1

Med anledning av det som vi här ovan har fingranskat mer noga, gruppen *Annan anestesi* i operationsformuläret som innehåller en betydande andel där man angett anestesisformen *Sedering* och likaså en betydande del där man anger val av anestesi *Ingen*, så kommer anestesidelen i operationsformuläret i GynOp att omarbetas för alla delregister. Anestesimetoderna "sedering" samt "ingen" kommer då att finnas som alternativ. Detta nämndes redan i föregående årsrapport då jag tittade närmre på gruppen "val av sedering – annan". Förhoppningsvis får vi tydligare information om anestesimetoder med de nya valen.

Operationstid

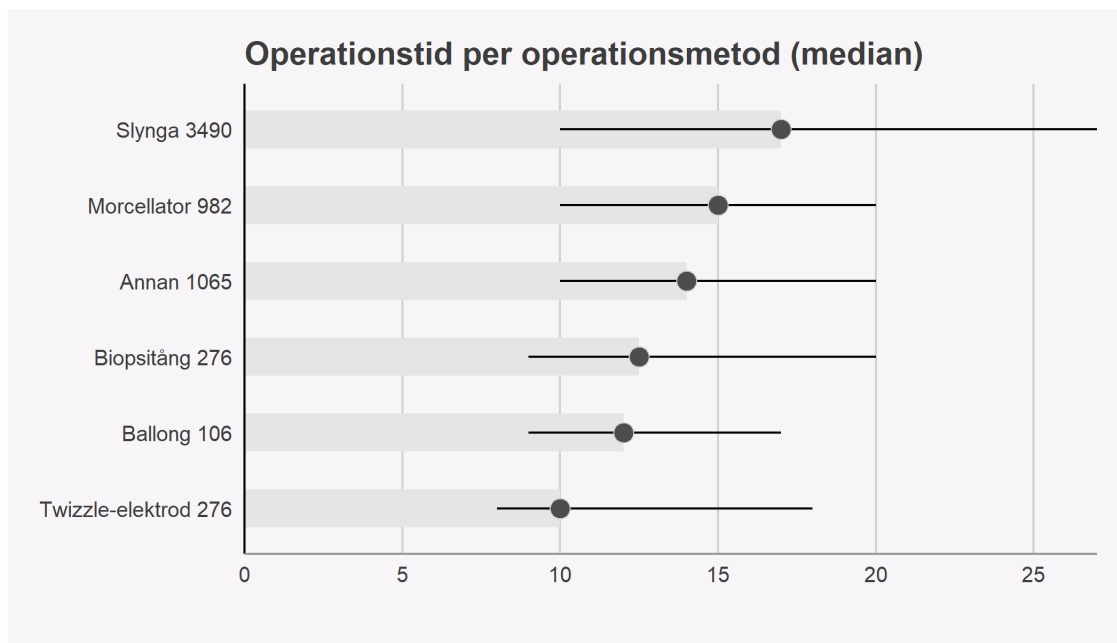
Operationstiden är redovisad som median och 25:e respektive 50:e percentilen.



Figur 10. Operationstid medianvärde (min).

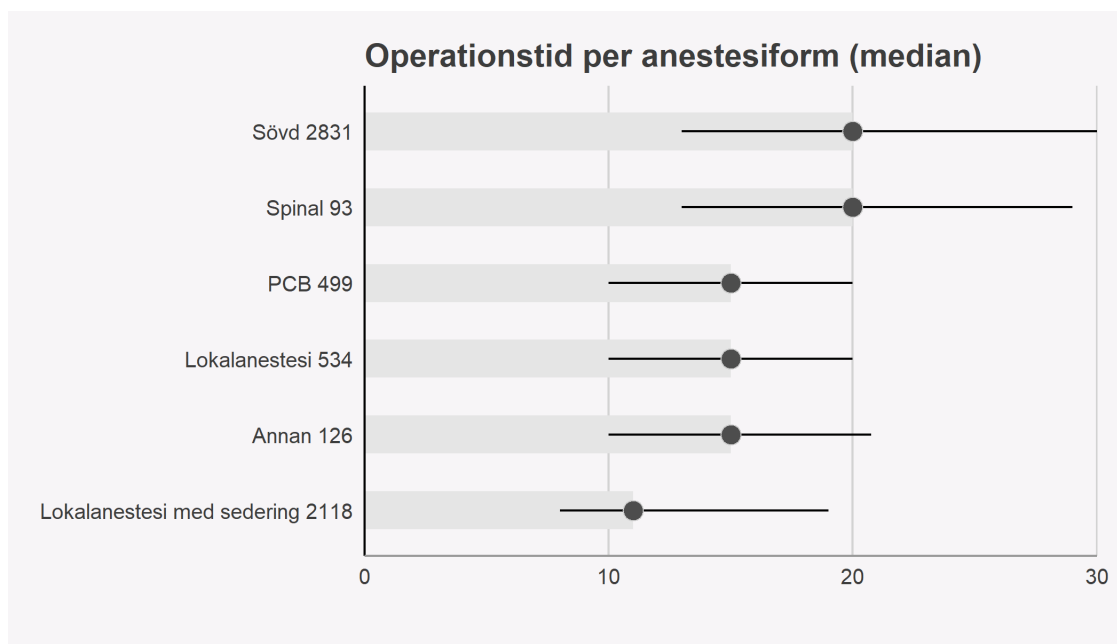
Intrauterina ingrepp har sällan lång operationstid, det ligger runt 20 minuter generellt. Några enheter sticker ut med lite längre operationstid, man kan jämföra med de enheter som har kortast operationstid och då konstatera att de som gör lite färre ingrepp har längre operationstid och vice versa.

Operatörens erfarenhet samt patientens hälsostatus, och därmed hur komplicerat ingreppet är, påverkar operationstidens längd. I denna figur visas inte omständigheterna kring ingreppen varför vi endast kan uttala oss generellt kring operationstid och då konstatera att ju fler ingrepp som görs på enheten desto kortare förefaller operationstiden vara.



Figur 11. Operationstid per operationsmetod (median)

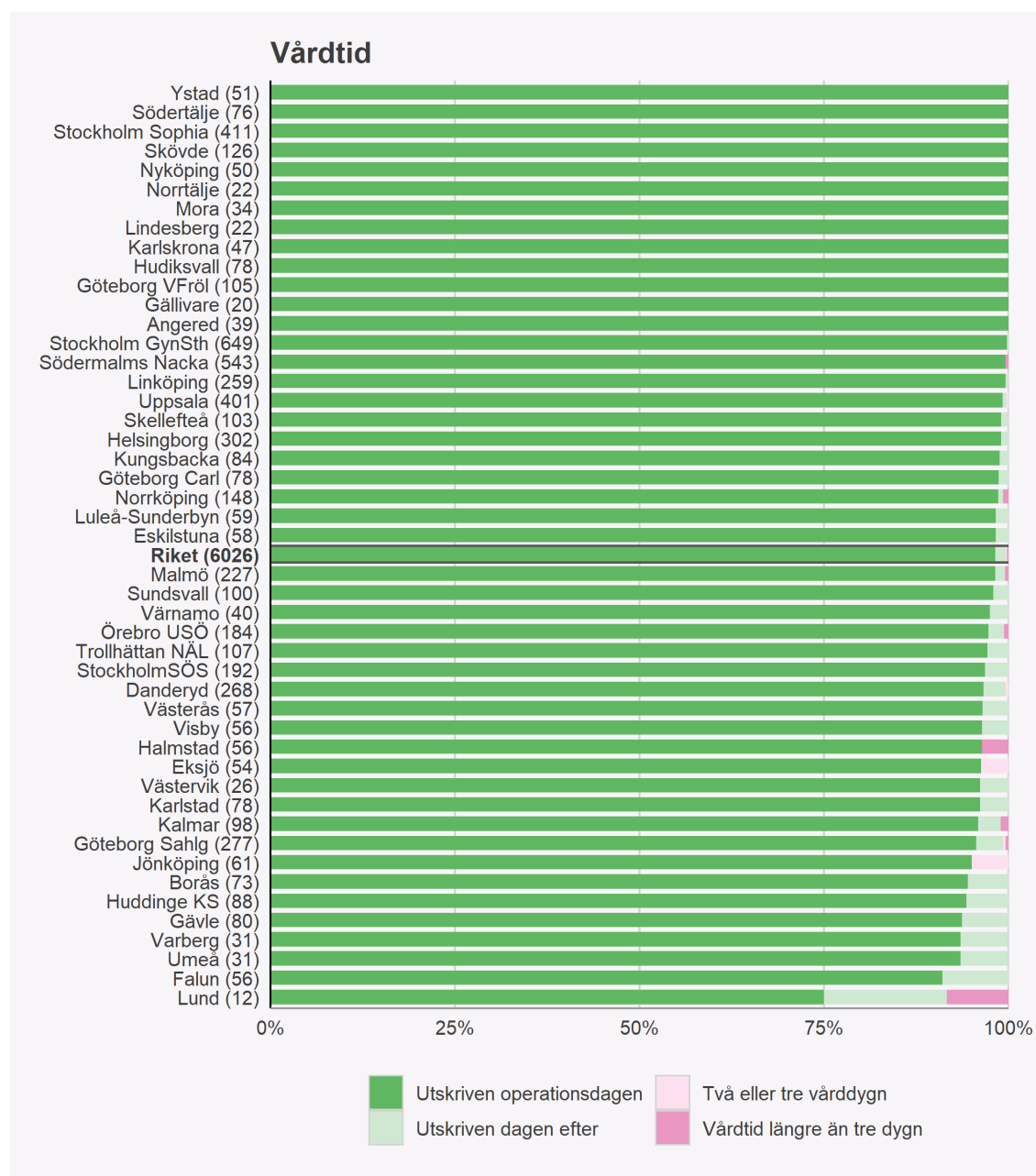
Operation med slynka och morcellator ger längst operationstid. I en jämförelse mellan dessa två metoder beror morcellatorns något kortare tid sannolikt på bättre sikt då preparatbitar som kan dölja sikten försvinner ur synfältet direkt, men skillnaden är inte så stor. Båda instrumenten har för- och nackdelar vid åtgärd av myom och större polyper.



Figur 12. Operationstid per anestesiform (median)

Det är uppenbart att det är längre operationstid med sövd patient, då man många gånger sover patienten vid större ingrepp. Det är också tydligt att allt fler ingrepp går att utföra med enbart lokalanestesi plus sedering, som är bättre ur återhämtningsaspekt för patienten och leder till snabbare hemgång.

Vårdtid

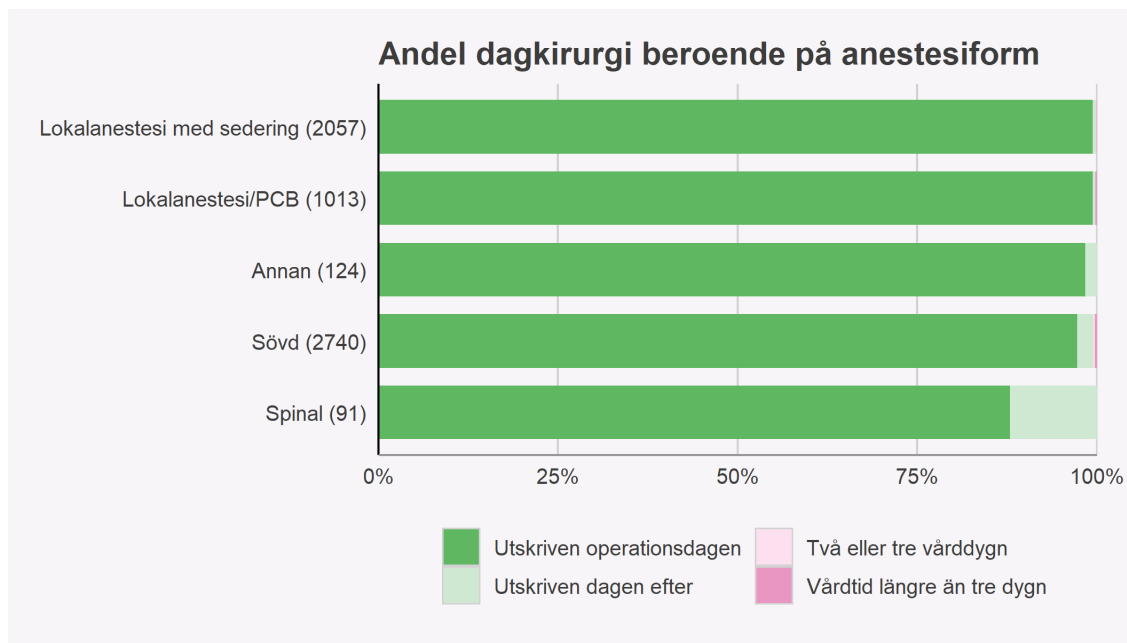


Figur 13. Vårdtid

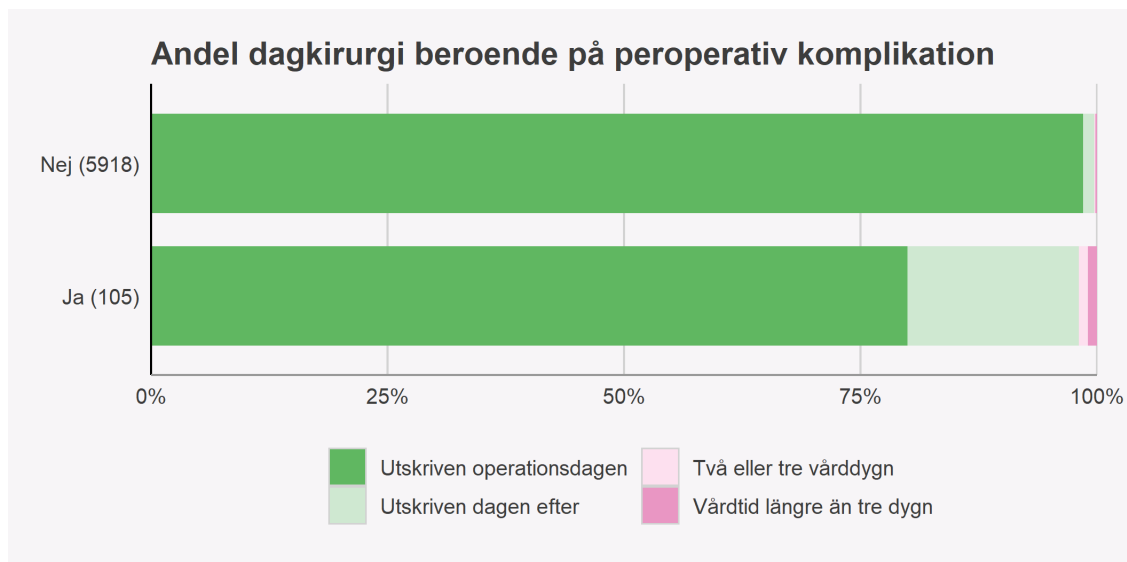
Tabell 7. Vårdtid

Vårdtid	Antal	Total	Andel
Utskriven operationsdagen	5920	6026	98.2%
Utskriven dagen efter	88	6026	1.5%
Två eller tre vårddyg	8	6026	0.1%
Vårdtid längre än tre dygn	10	6026	0.2%

Intrauterin kirurgi är ett dagkirurgiskt ingrepp, med det menas att patienten kan gå hem samma dag som operationen gjordes, i över 98% av fallen. Längre vårdtid kopplas oftast till högre ASA-grupp, till längre ingrepp, eventuella komplikationer till anestesi eller komplikationer som uppstår under ingreppet.



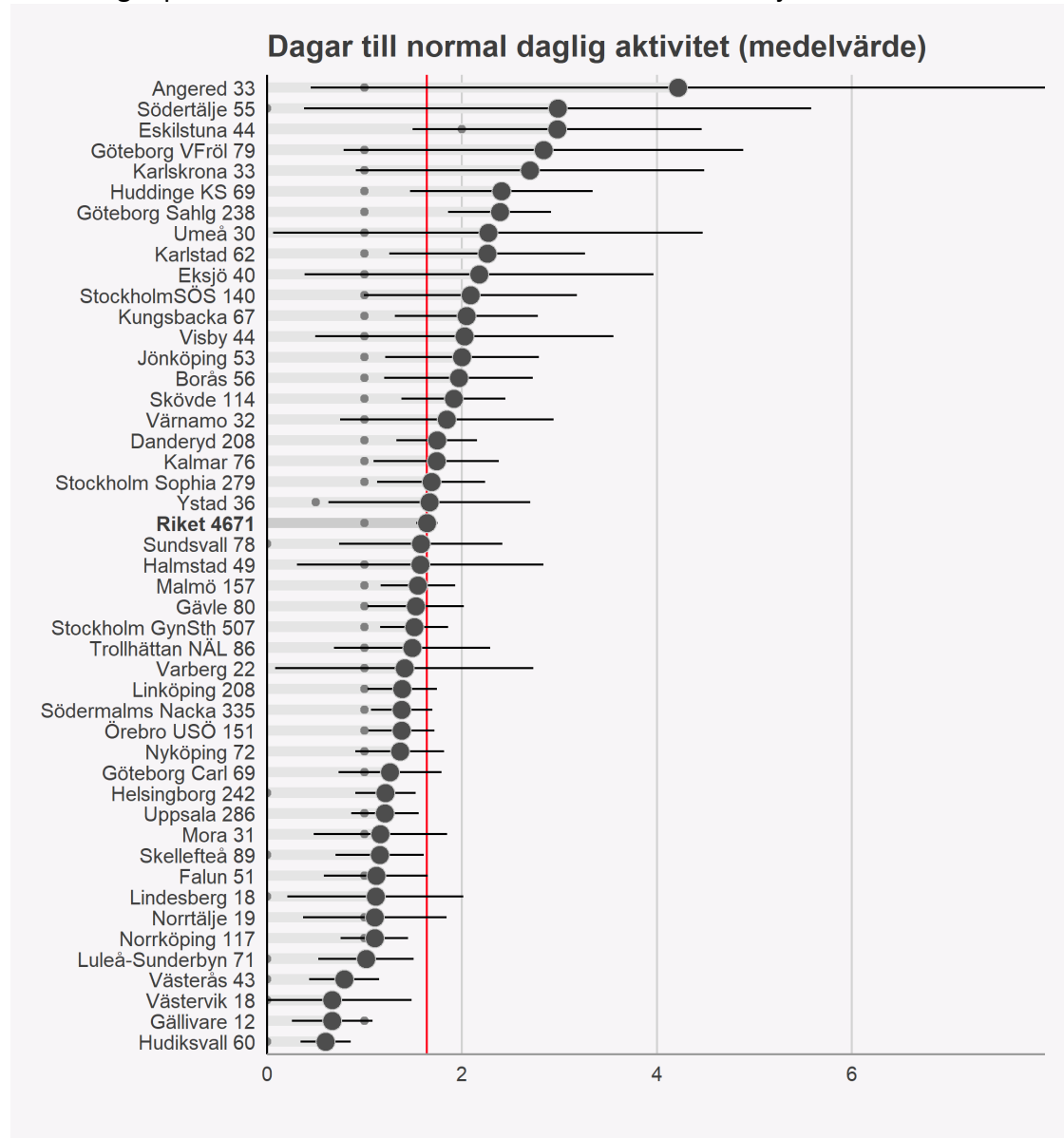
Figur 14. Andel dagkirurgi beroende på anestesiform.



Figur 15. Andel dagkirurgi beroende på peroperativ komplikation.

Tid till normal ADL

Den lilla grå pricken visar medianvärdet. Den röda vertikala linjen visar värdet för riket.

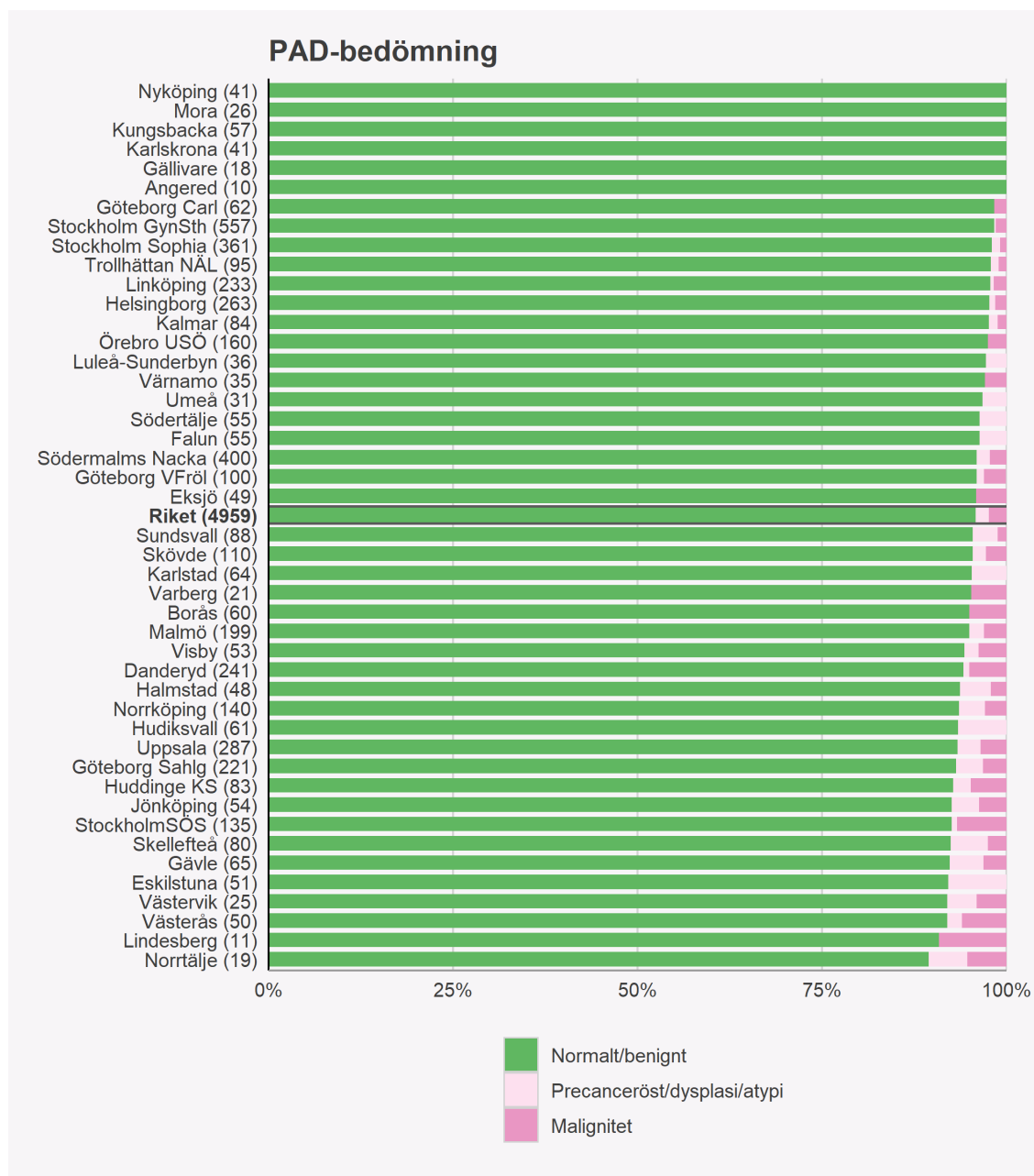


Figur 16. Dagar till normal daglig aktivitet (medelvärde).

Värdet för riket för tid till normal ADL efter intrauterin kirurgi är under 2 dygn.

Intrauterin kirurgi föranleder inget sjukskrivningsbehov för själva operationen, men det kan uppstå behov att sjukskriva om andra faktorer finns i hälsotillstånd eller om komplikation uppstår postoperativt.

PAD



Figur 17. PAD-bedömning

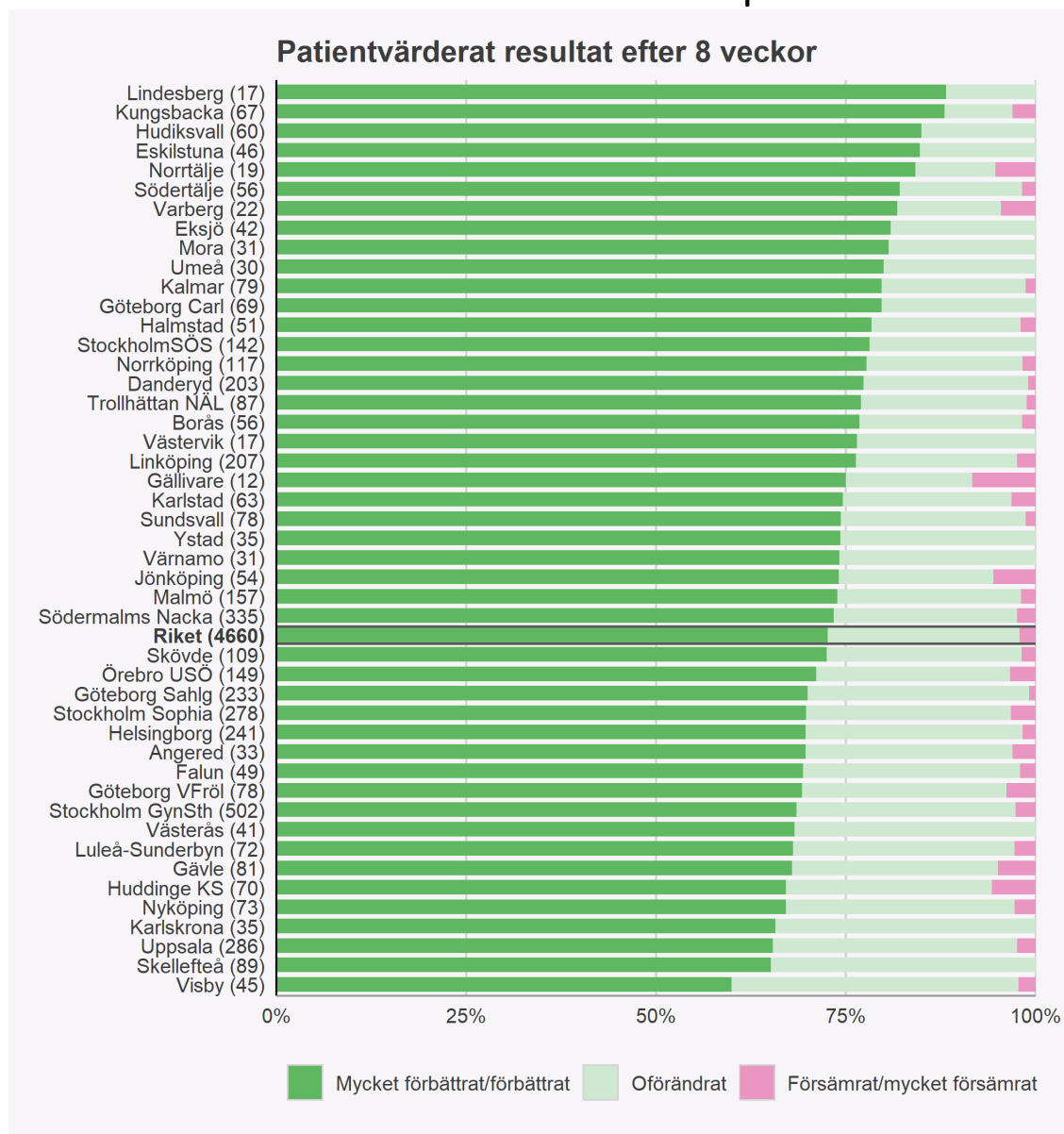
Tabell 8. PAD-bedömning

PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	4754	4959	95.9%
Malignitet	117	4959	2.4%
Precanceröst/dysplasi/atypi	88	4959	1.8%

PAD är i huvudsak benigt vid hysteroskopi.

Vid malignitetsmisstanke, framför allt vid postmenopausal blödning, så är alltid endometriebiopsi med Pipelle, Endorette eller liknande förstahandsval för provtagning. Om inte en endometriebiopsi kunnat utföras eller om den inte ger konklusivt svar, så är rekommendationen att gå vidare i diagnostiken med diagnostisk hysteroskopi med biopsi, (ULC05).

Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation



Figur 18. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Tabell 9. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Tillstånd efter 8 veckor	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3385	4660	72.6%
Oförändrat	1179	4660	25.3%
Försämrat/mycket försämrat	96	4660	2.1%

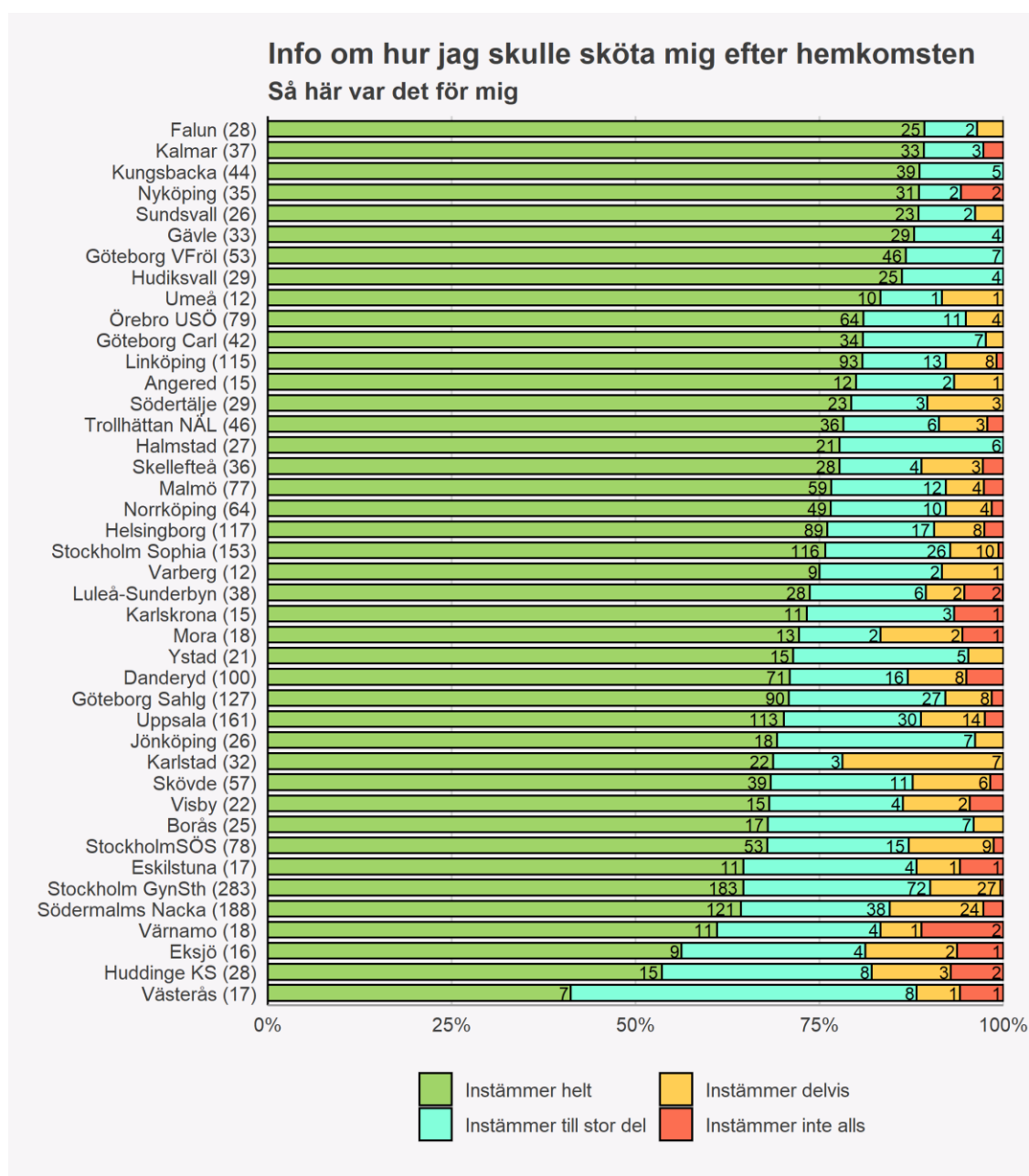
Det är inte enkelt att uttyda vad det är som gör att så många som 25% av patienterna tycker att tillståndet är oförändrat efter ett intrauterint ingrepp. Många svar skulle kunna bero på de felaktigt registrerade diagnostiska hysteroskopierna och då kan givetvis tillståndet för patienten upplevas helt oförändrat. Om man opereras för septum eller intrauterina adherenser ur fertilitetsaspekt kanske man inte upplever sitt tillstånd förbättrat om det ej resulterat i en graviditet. Det finns utrymme för mig att fingranska enkätsvaren framöver, för att leta efter svar på patientens upplevelse där.

KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP låter patienten svara på varje fråga i två steg. Först skattar patienten vårdupplevelsen i fyra steg: "Så här var det för mig". Detta kallas upplevd respons. Sen gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "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

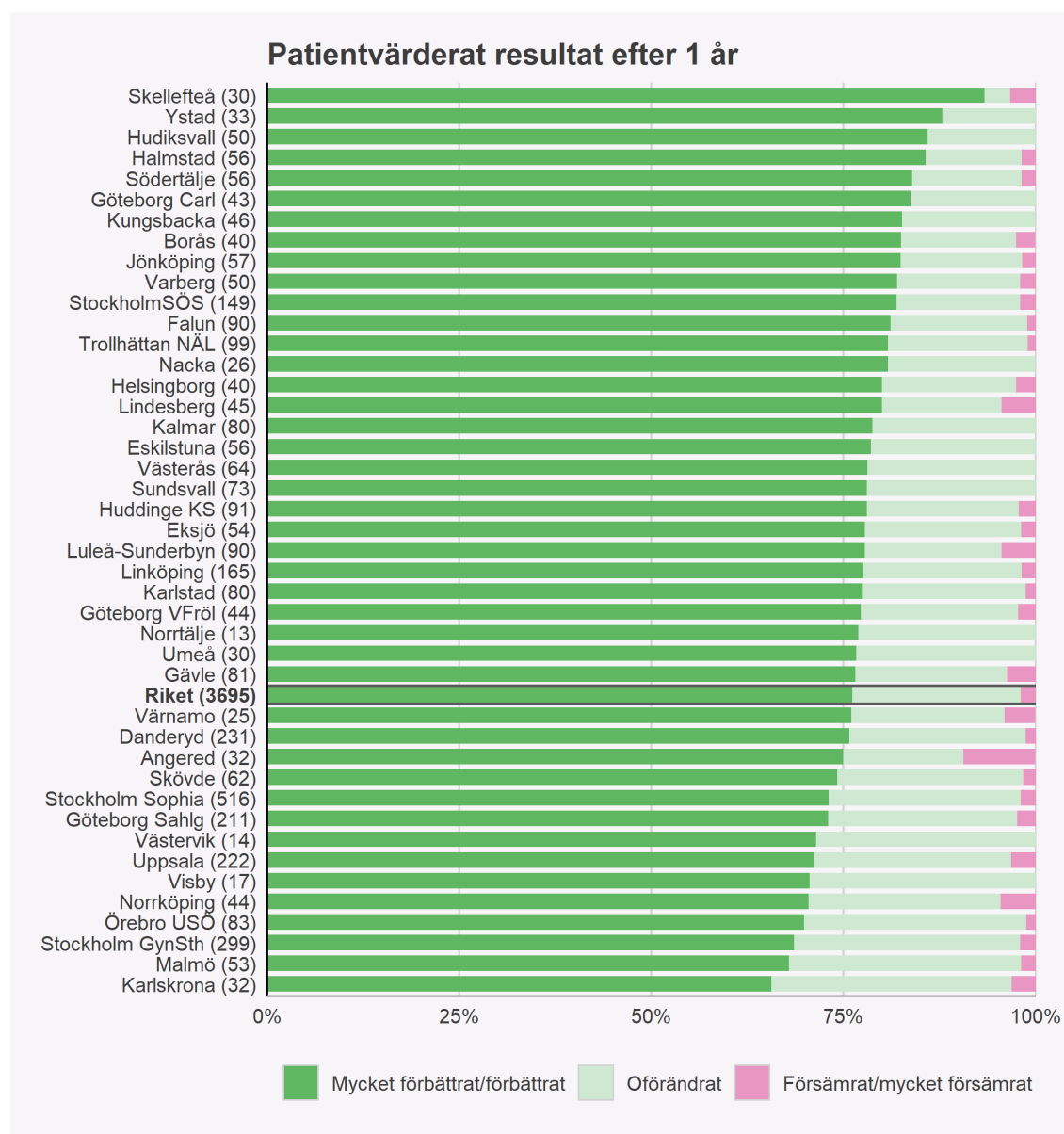
Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 10. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten, Så här viktigt var det för mig

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	27	2147	1.3%
Av ganska stor betydelse	140	2147	6.5%
Av stor betydelse	655	2147	30.5%
Av allra största betydelse	1325	2147	61.7%

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år

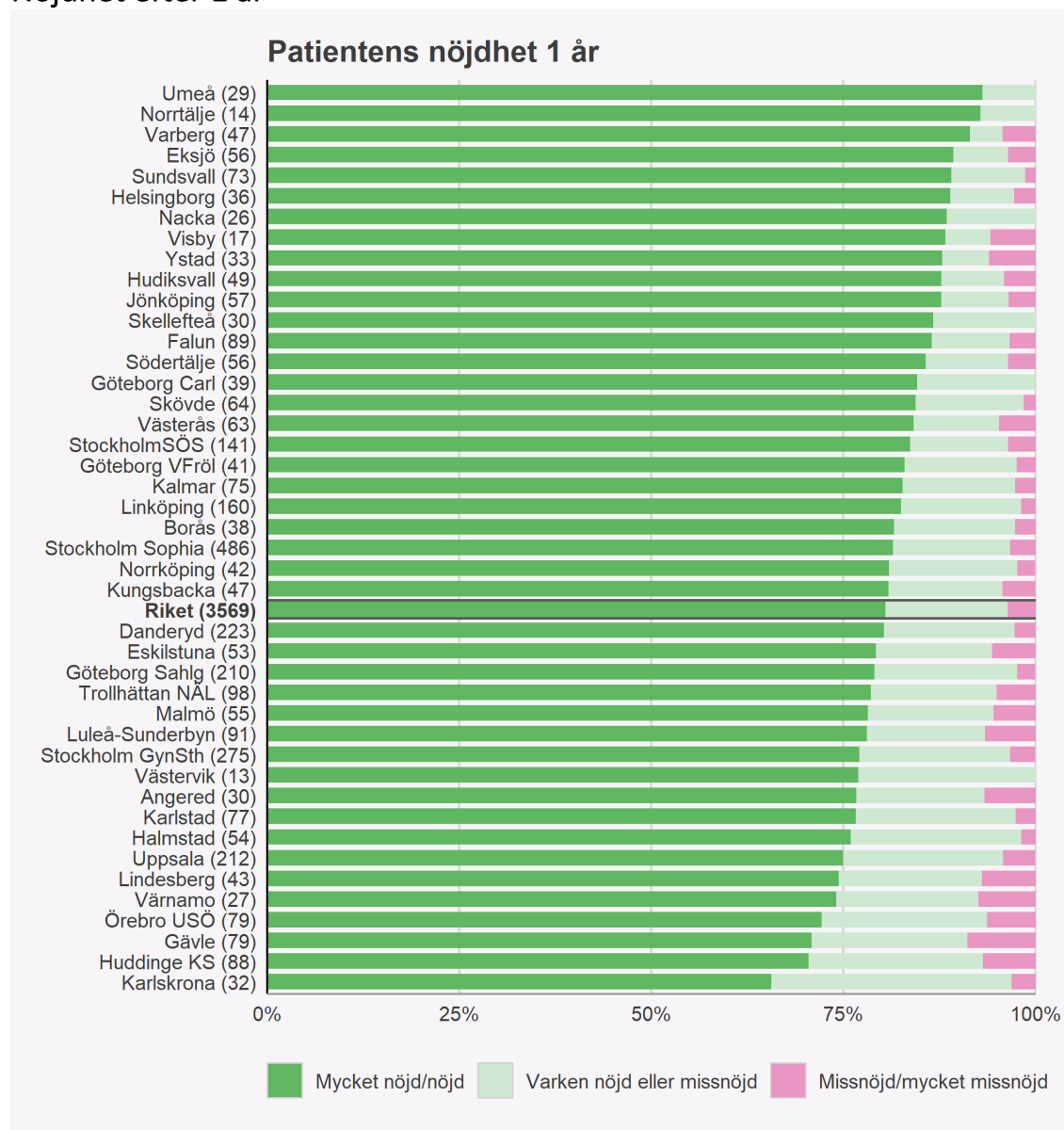


Figur 20. Patientvärderad förbättring efter 1 år.

Tabell 11. Patientvärderad förbättring efter 1 år.

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	2814	3695	76.2%
Oförändrat	810	3695	21.9%
Försämrat/mycket försämrat	71	3695	1.9%

Nöjdhet efter 1 år

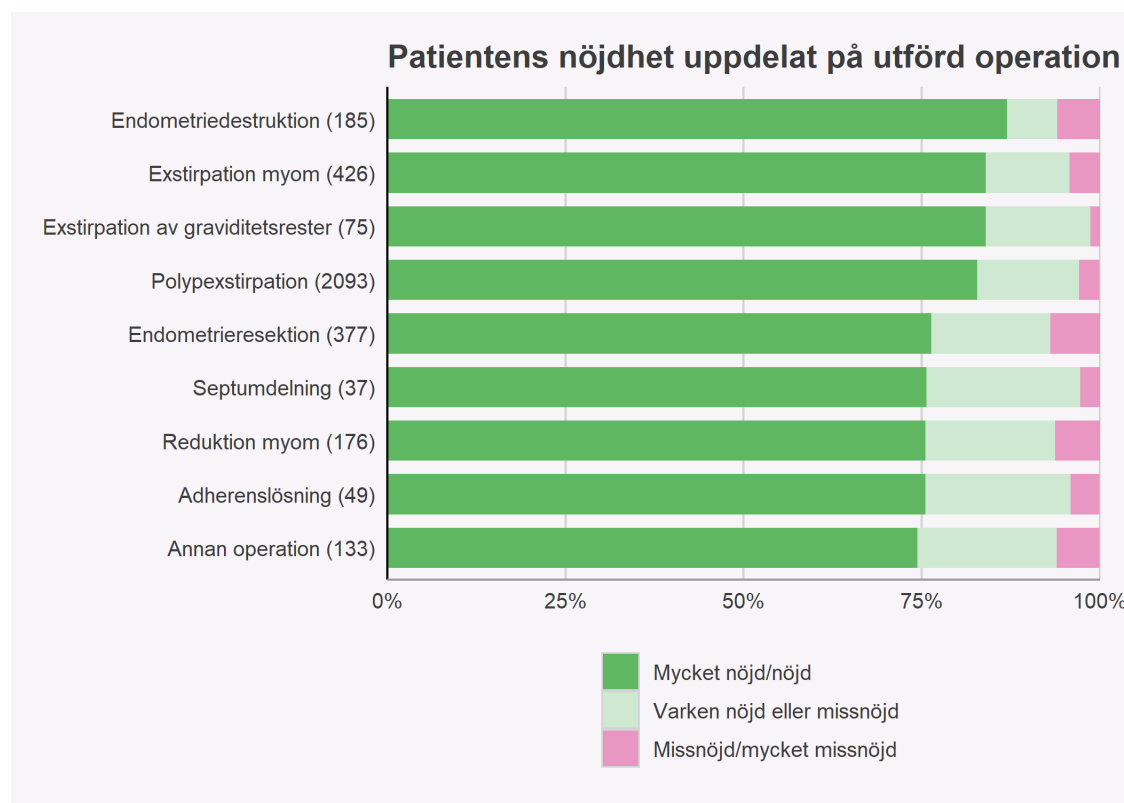


Figur 21. Patientens nöjdhet 1 år.

Tabell 12. Patientens nöjdhet 1 år

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	2872	3569	80.5%
Varken nöjd eller missnöjd	567	3569	15.9%
Missnöjd/mycket missnöjd	130	3569	3.6%

Efter ett år rapporterar 80% nöjdhet och fler är nöjda även om resultatet är oförändrat hos en betydande andel. Det finns anledning att studera detta närmare och det ger mig uppslag till nästa årsrapport! Det ska bli intressant att se om vi får ut bättre statistik ur nya Intrauterin Kirurgi-registret. Vi jobbar också aktivt i GynOps arbetsgrupp med genomgång av alla enkäter, så det kommer finnas mycket att jämföra framöver.



Figur 22. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

Denna figur ger till viss del svar på det jag funderade över tidigare, varför så många angett att tillståndet är oförändrat. Här kan vi ju se att till exempel septumdelning eller adherenslösning har en högre andel svar av patienter som varken är nöjda eller missnöjda.

Det är intressant att se att endometriedestruktion och endometriresektion, som oftast utförs i syfte att minska blödningsmängd för patienter med riklig menstruation, skiljer sig lite åt. Att en något lägre andel är mycket nöjd eller nöjd efter resektion kan teoretiskt bero på att det föreligger något ökad komplikationsrisk, ökad operationstid och längre anestesi vid resektion jämfört med destruktion.

Men siffror på över 75% nöjdhet efter operation generellt är ju ändå ett gott resultat. Målet ska väl ändå vara 100% nöjdhet efter operation, så vi som utför intrauterin kirurgi får jobba för bättre resultat med tydligare indikationer, bättre val av metod och anestesi för respektive patient och tydligare information till patienterna om vad ingreppet innebär och vad de kan förvänta sig för resultat.

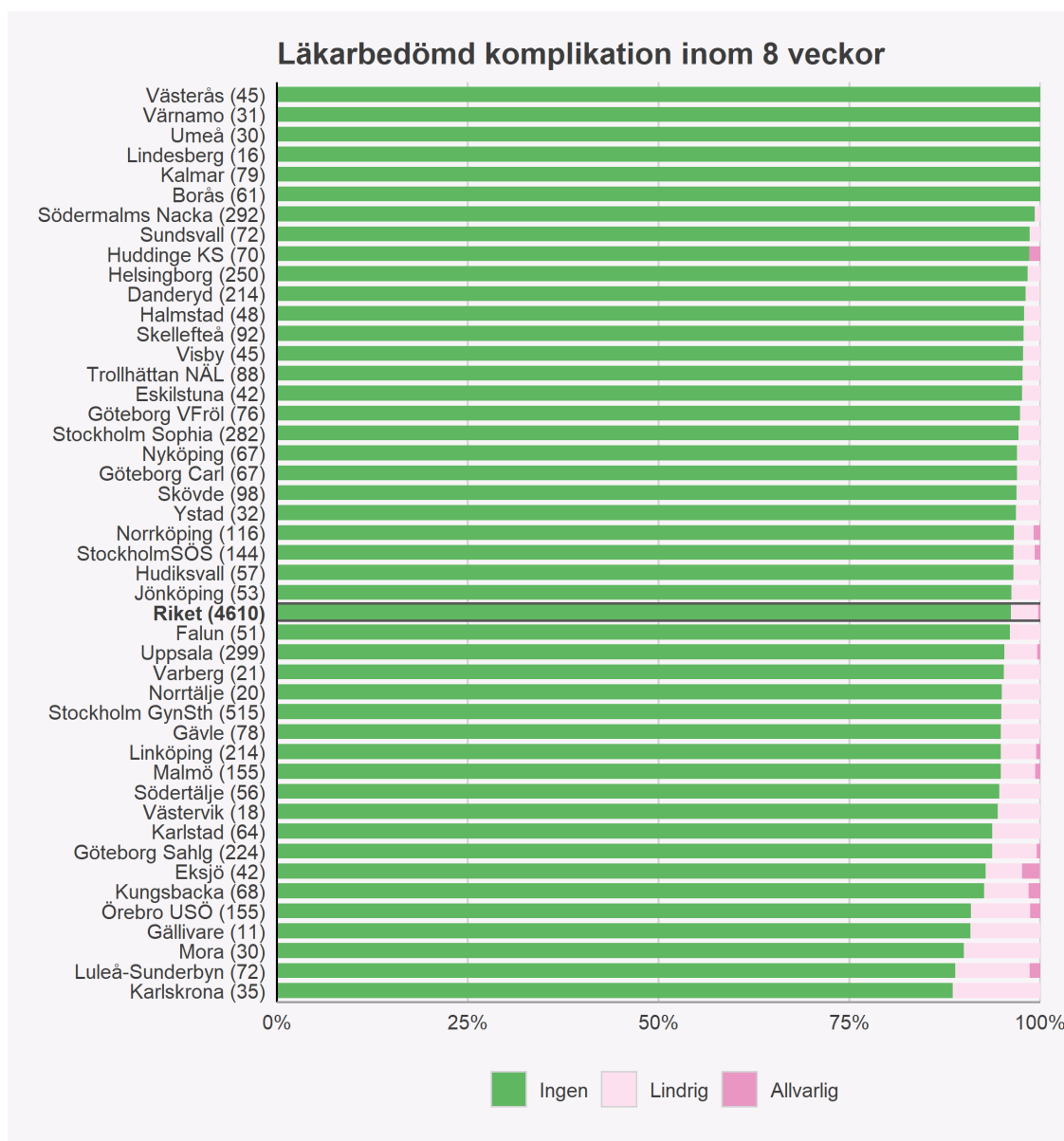
Komplikationer

Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 13. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	75	1.21%
Annan komplikation	25	0.40%
Blödning	5	0.08%
Skärande perforation	5	0.08%

En peroperativ komplikation har registrerats på 1,8% av patienterna. Ingen (0%) av patienterna hade fler än en peroperativ komplikation registrerad.



Figur 23. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Nedan listas de komplikationer som av läkare bedömts som allvarliga. Det överensstämmer inte alltid med patientens uppfattning om allvarlig komplikation, med dessa är de generellt definierade:

Allvarlig ej specificerad urininkontinens

Allvarlig postoperativ lungemboli

Allvarlig postoperativ feber

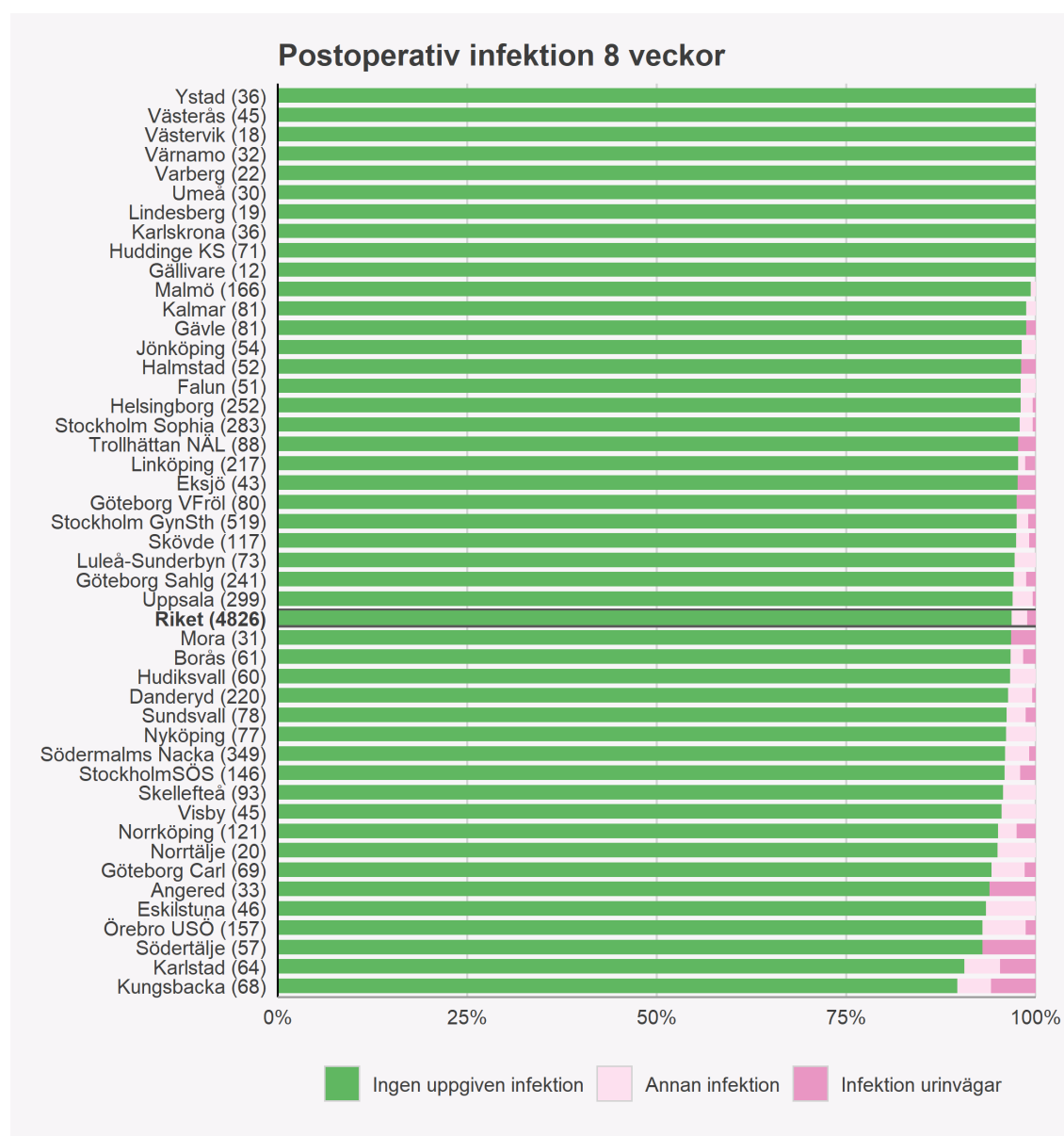
Allvarlig postoperativ nedre UVI

Allvarlig ej specificerad feber/sepsis

Allvarlig postoperativ vaginalblödning

Allvarlig onormal postoperativ smärta

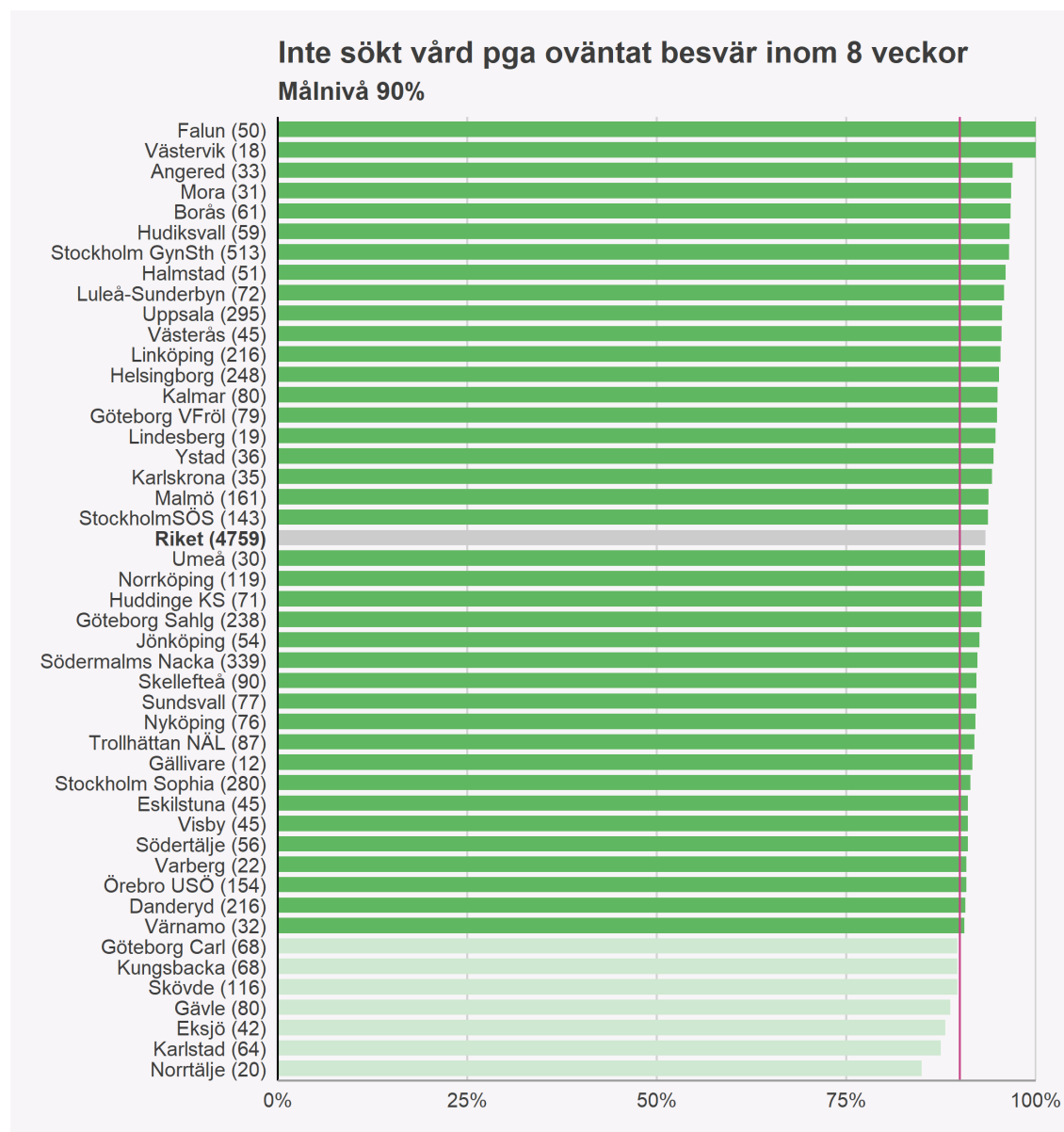
Allvarlig postoperativ urinretention



Figur 24. Postoperativ infektion efter 8 veckor.

Generellt ligger nivån för postoperativ infektion lågt efter ett intrauterint ingrepp. Det är ett ingrepp där man generellt inte ger någon antibiotikaproylax preoperativt. Det finns ingen indikation för det, vilket ju också denna bild visar.

Även om det skiljer sig lite, några enheter har redovisat fler infektioner postoperativt än andra som inte redovisat några alls, så får man titta på genomsnittet för riket här och konstatera att det är låg risk för infektion.



Figur 25. Inte sökt vård på grund av oväntat besvär inom 8 veckor.

Intrauterin kirurgi har ett mycket gott värde på 90% som målnivå på att patienter inte har behövt söka vård på grund av oväntade besvär inom 8 veckor och det är nu registrerat som kvalitetsindikator i "Vården i siffror" för intrauterin kirurgi.

Jag tänker mig att några nya målvärden kan sättas upp efter att vi fått igenom hela förändringen av Intrauterin kirurgi, ett sådant målvärde skulle till exempel kunna vara patientnöjdhet efter endometriedestruktion.

I denna årsrapport fokuserar vi lite extra på intrauterina ingrepp av myom. Vi har tittat på både myomexstirpation och myomreduktion.

Jag ville veta lite mer om peroperativa komplikationer, vilka komplikationer är främst registrerade?

Postoperativa komplikationer, vilka är de?

Myomstorleken, påverkar den komplikationsrisken?

Instrumentvalet, påverkar det utfallet och komplikationsrisken?

Peroperativa komplikationer

Tabell 14. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Ja	22	1010	2.2%
Nej	988	1010	97.8%

Vi kan börja med att konstatera att det inte föreligger någon uttalat hög risknivå för peroperativa komplikationer. 2,2%. Vilka är de då främst?

Av de 22 registrerade komplikationerna år 2020 var 5 vätskedeficit >1000 ml, 3 var blödning, 10 var trubbig perforation och 2 var skärande perforation. Det var ytterligare 7 som var angivna som annan, däribland cervixrift, anestesiproblem, koldioxidintoxikation och instrumentfel.

Trubbig perforation utmärker sig och då myomoperationer oftast utförs med instrument som kräver dilatation av cervix >6 mm, ofta 10mm, så sker perforationen som regel med hegarstiften. Skärande perforation är givetvis en allvarlig komplikation, om den går genom uterusvägg med aktiverad diatermi, här har vi ingen information om dessa 2 fall.

Vätskedeficit >1000 ml är ju inte alltid att betrakta som en komplikation. Det är ofta deficit uppgår till >1000 ml vid myomoperation och för unga, friska patienter är det mer att se som ett riktmärke att hålla sig till, men att det i enstaka fall kan överstigas. För äldre, inte helt hjärtfriska personer, skall man absolut undvika att överstiga ett vätskedeficit på >1000 ml då det här kan bli en betydande risk för exempelvis lungödem.

Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation

Tabell 15. Läkarbedömd komplikation 8 veckor

Komplikation 8v	Antal
Lindrig postoperativ vaginalblödning	7
Lindrig ej specificerad feber	3
Lindrig ej specificerad vaginal infektion	3
Lindrig ej specificerad postop smärta	3
Lindrig postoperativ feber	2
Lindrig postoperativ nedre UVI	2
Lindrig postoperativ vaginalväggsinfektion	2
Lindrig annan ej specificerad infektion	2
Lindrig onormal postoperativ smärta	2
Allvarlig postoperativ vaginalblödning	1
Lindrig ej specificerad anemi	1
Allvarlig postoperativ feber	1
Lindrig ej specificerad UVI	1
Lindrig ej specificerad bukväggsinfektion	1
Lindrig postoperativ sårinfektion	1
Lindrig ej specificerad smärta	1
Allvarlig postoperativ lungemboli	1
Lindrig onormal postoperativ trötthet	1
Lindrig ej specificerad allmän komplikation	1

I huvudsak registreras lindriga komplikationer vid den postoperativa läkarbedömningen av patientenkäten efter 8 veckor. Några komplikationer väcker frågor; vaginalväggsinfektion, bukväggsinfektion – hur uppstod dessa efter ett intrauterint ingrepp? Jag har inget svar dessvärre. Den allvarligaste komplikationen som noteras är lungemboli i 1 fall, men det finns också allvarlig postoperativ feber och allvarlig blödning i vardera 1 fall. Det är övervägande positivt ändå att se att av 671 myomexstirpationer och 363 myomreduktioner föreligger inte fler än 36 fall av läkarbedömda komplikationer efter 8 veckor, varav endast 3 allvarliga.

Myomstorlek och komplikation

Tabell 16. Myomstorlek (från operationsformuläret) och peroperativ komplikation

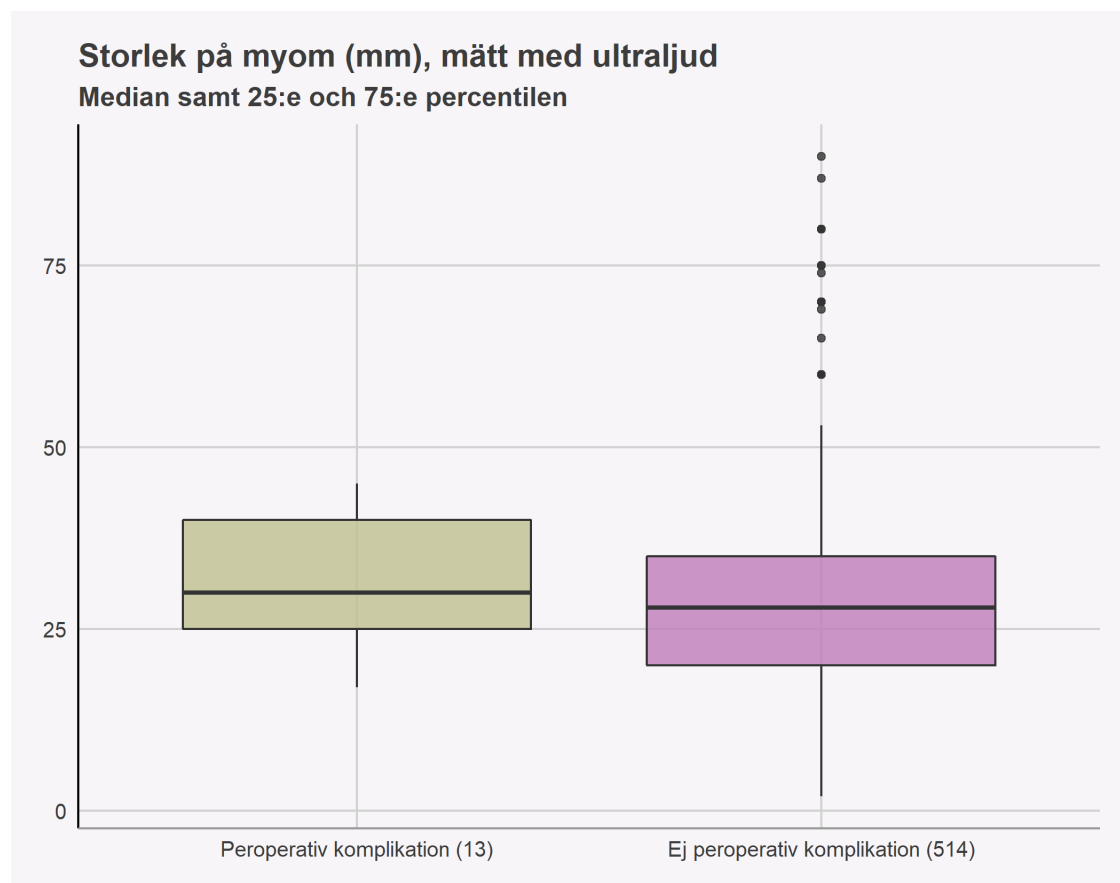
Kavitet, myomstorlek	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Myom <2 cm,	Ja	8	369	2.2%
	Nej	361	369	97.8%
Myom 2 cm eller mer	Ja	14	589	2.4%
	Nej	575	589	97.6%

Det är en liten, men knappast signifikant skillnad i antal registrerade fall av peroperativ komplikation vid större myom. Detta är inte något som är direkt uppseendeväckande då större myom tar längre tid att exstirpera, något som kan ge ökad risk för bland annat högre vätskedeficit och blödning.

Tabell 17. Uppgifter om myomets storlek från anamnesen

Myom diameter mm	Antal
Registrerat värde	529
Uppgift saknas	482

Det finns även uppgifter om myomets storlek i anamnesen (ultraljud). Det är dock inte alla som fyllt i variabeln med information om "solid tumor/myom, största (mm)" i fritext. Alla har förmodligen inte gjort ultraljud i anslutning till operationen. Det blir därav en betydande del med "uppgift saknas".



Figur 26. Storlek på myom (mm), mätt med ultraljud. Alla observationer registrerade som "uppgift saknas" är exkluderade.

Metodval och komplikation

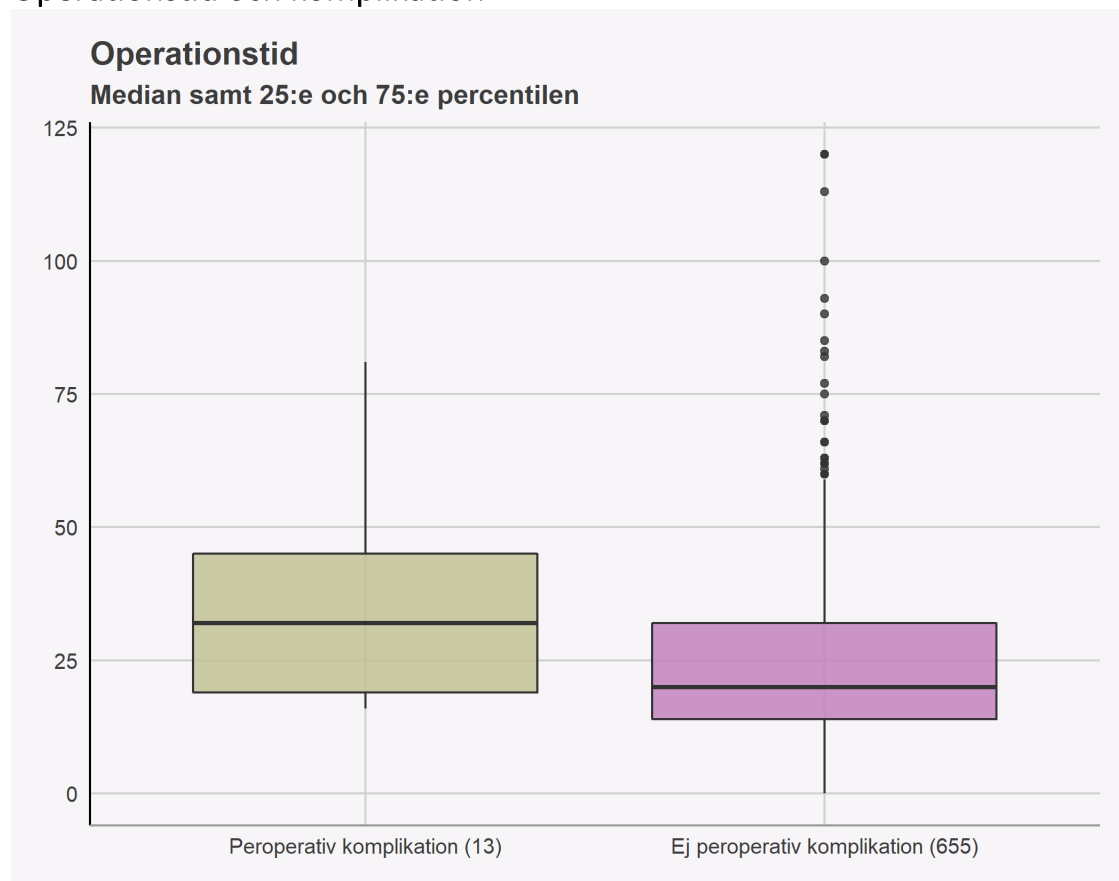
Tabell 18. Metodval och peroperativ komplikation

Metod	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Slynga	Ja	19	813	2.3%
	Nej	794	813	97.7%
Morcellator	Ja	2	157	1.3%
	Nej	155	157	98.7%

Det två metoder som används för hysteroskopisk extirpation/reduktion av myom är antingen slynga med diatermi eller morcellator utan diatermi med roterande kniv i hylsa.

Det görs betydligt fler ingrepp med diatermislynga i landet och det är en högre siffra av peroperativ komplikation med slynga. Man kan fundera över om morcellator är säkrare att använda på enheter där man gör färre hysteroskopier av myom årligen och att det därför bör rekommenderas, likaså till enheter där det är många läkare och de gör få operationer vardera. Metodval är dels en vanefråga, dels en kostnadsfråga, varför det kan vara svårt att påverka. Därav kan nog inga generella rekommendationer ges, men det kan vara en faktor av värde att diskutera inför inköp av utrustning på respektive enhet.

Operationstid och komplikation



Figur 27. Operationstid

Längre operationstid visar motsvarande bild som den för storlek, det vill säga något ökat antal av perioperativa komplikationer vid längre operationstid. Liksom rekommendationen kring vätskedeficit finns en rekommendation som framförs vid hysteroskopiutbildning, att man inte ska överskrida 60 minuters operationstid - den rekommendationen står sig än.

Det finns registrerat operationer med väldigt lång operationstid. Vid jämförelse med journal har vi fått fram att det rör sig om ingrepp där hysteroskopi enbart är en del av utförd operation, flera ingrepp gjordes samtidigt.

Reoperationer

Ett antal patienter har genomgått mer än en hysteroskopisk operation under år 2020, 49 patienter har genomgått två operationer och 2 patienter har gjort tre operationer.

Sannolikt rör det sig om patienter där det initialt är gjort reduktion. Det skulle också kunna bero på att komplikation uppstått som lett till reoperation. Närmre analys krävs för att kunna svara med säkerhet.

Sammanfattning

Under arbetet med denna årsrapport för intrauterin kirurgi, så har fler och fler funderingar dykt upp i tankarna. Saker jag skulle vilja titta närmre på. Ställa nya frågor för att få fler svar. Men man måste till slut bestämma sig för att vara klar. Jag har noterat flera av dessa frågor och funderingar, både i mitt huvud och på pränt och kommer spara dessa till nästa årsrapport! Jag vill också gärna få frågor från er användare, som vi kan försöka titta mer på.

Arbete pågår med hela GynOp på flera områden, med genomgång av många delar. Min förhoppning är att innan det här året är slut kommer ändringarna i GynOp för intrauterin kirurgi att vara driftsatta. Jag har fått en hel del frågor och synpunkter efter presentationen av ändringarna på användarmötet i november 2020 och under innevarande år. Mycket av detta hoppas jag kommer tydliggöras av det ändrade operationsformuläret.

Det kommer också ständigt nya operationsmetoder, så jag tar gärna emot information om någon av er användare börjar med någon ny intrauterin metod. Det är inte helt enkelt att hänga med exakt i vad som görs på respektive enhet i landet.

Mycket inom kvinnosjukvårdens operativa verksamhet har ju påverkats under pandemin, men intrauterin dagkirurgi flyter på genom det hela. Jag hoppas att registret kan bidra genom forskning och utveckling av minimalinvasiva behandlingsmetoder i högre grad av gynekologiska intrauterina tillstånd. Ju fler som registrerar korrekt desto bättre faktaunderlag får vi för kvalitetsstudier.

Anneli Jördens
Överläkare
Gynekologmottagningen Lasarettet i Enköping
anneli.jordens@regionuppsala.se

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
Demografi	Vetenskapen om en befolknings fördelning, storlek och sammansättning, t ex ålder, kön, vikt och längd.
Dilatation	Utvidgning
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Hysteroskopi	Undersökning av livmoderhålan med hjälp av ett instrument som kallas hysteroskop. Instrumentet ser ut ungefär som ett rör och förs in i livmodern via livmoderhalsen.
Intrauterin	Inuti livmodern.
Morcellator	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid titthålskirurgi.
Myom	Muskelknuta på livmoderns in- eller utsida.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Peroperativ	Under operationen
Peroral	”via munnen”, till exempel tablettbehandling
Polypexstirpation	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Postmenopausal	Efter klimakteriet
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativ	Före operationen
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.