



UR-ARG

Operationsmetoder vid apikal prolaps

Sammanställning, nytta och risker samt metodförslag

Marie Westergren Söderberg, Södersjukhuset, ordförande i UR-Arg

Operationstypsgrupper

1. Klassiska tekniker

1. "Manchesterplastik"; cervixamputation med eller utan vaginalväggsplastik och suspension
2. Vaginal hysterektomi med eller utan vaginalväggsplastik och olika typer av suspension
3. Kolpokleisis

2. Sakrospinosusmetoder

1. Sakrospinosusfixation med resorberbar eller icke resorberbar sutur, uni- eller bilateral
2. Operation med vaginala nät; de olika typer som f.n. tillhandahålls.

3. Sakrokolpo-/uteropexi

- Laparoskopi/ robot
- Fixerande material
- Metod för fäste av fixerande material på vagina/ cervix
- Ev samtidig hysterektomi

Gruppindelning mars 2019

1. Soheila Mohammadi (Uppsala), Maria Sarberg (Linköping), Sophie Carlström (KS-H), Karin Franzen (Örebro), Erik Bjurulf (Västerbotten), Caroline Kjellman Erlandsson (SöS), Mats Stenberg (Västerås)
2. Gunilla Tegerstedt (KS-H), Chris Falconer (DS), Edward Morcos (DS), Frank Örnfeldt Svensson (Kristianstad), Jonas Gunnarsson (Sahlgrenska), Riffat Cheema (Malmö)
3. Jan Zetterström (Ultragyn), Sophia Ehrström (Ultragyn), Annika Cronsioe (DS), Marion Ek (SöS), Malin Brunnes (SöS)

Dokumentation av operationstyper ska innehålla (1):

- **Kort** sammanfattande beskrivning av metoden
- Särskild operationsutrustning som krävs t.ex. nät, sutur, instrument
- Operationstid (gynop)
- Antibiotikaproylax
- Peroperativ blödning (gynop)
- Vårdtid (gynop)
- Konvalescens (sjukskrivningstid, ADL)
- Komplikationsrisk tidigt: perop + t.o.m. 8 veckor och på lång sikt 1år och framåt.
- Recidivrisk

Dokumentation av operationstyper ska innehålla (2):

- Operationen lämplig för patientkategori
 - Ålder
 - Barnönskan, fertil, menopausal
 - Sexuellt aktiv Ja/ Nej
 - Hälsostatus
 - ASA-klass, funktionsnivå, rörlighet
 - Normal vikt eller övervikt/ fetma
 - Recidivoperation

	Manchester	Vaghyst	Kolpogleisis	SSF	Nät	SCP/SUP
Ane	LA/sed, reg, nark	Reg/nark	LA/sed, reg, nark	Reg,nark, (la/sed)	Reg,nark, (la/sed)	narkos
Utrustning	Standard	Ev Ligasure?	Standard	Särskilt suturinstr	Nätkit	Nät, lap.skop/ rob
Op-tid	50 min	76 min	86 min	72 min	30-60 min	65-180 min
Antibiotika	Nej	Ja	nej	nej	ja	ja
Perop blödn	45 ml	100 ml	84 ml	43 ml	51 ml	30 ml
Vårdtid	0,8 dygn	1,7 dygn	1,5 dygn	0,8 dygn	1	1
ADL/SS	4,8/30,3 dagar	6,1/ 33,2 dagar	5,3 dagar	3/34 dagar	2,5/32 dagar	6/34 dagar

	Manchester	Vaghyst	Kolpogleisis	SSF	Nät	SCP/SUP
Kompl kort (inom 8v)	Inf 12-16% (50% UVI) Urinret 1-5 (17%) Allvarl 0,3% (uretärskada)	Allvarl 2% (blödning intaabd infektion/ sepsis, blås- och uretärskada)	UVI 30% urinretention	Gluteal smärta 1-6 v postop > 50% Smärta 4v-6 mån postop 4-14% Organskada 0,4%	Gynop 8 v läkarbed: Allvarl 1,1% , lindr 15%	Blödning 1,5% Blåsskada 2-4% Tarmkada 1,4% Blödning presakrala kärl <1%?
<i>Bilat SSF 155 pat/Uphold 247 pat Skåne 4 år Pat rapporterat</i>				34% lindrig. Smärta 33%	28% lindrig. Smärta 24%	
Kompl lång (1 år och framåt)	Hematometra (cx-stenos) 1%		Ökad urininkontinens	Smärta 1 år 6,5%	Erosion 2-10% Reop pga erosion 8%. Reop pga smärta 1,8%.	Erosion 1,9-3,1%
<i>Bilat SSF 155 pat/Uphold 247 pat Skåne 4 år Pat rapporterat</i>				21% lindrig Smärta 22%, varav måttlig 6%, lätt 16%	22% lindrig. Smärta 30%, varav stark 2%, måttlig 7%, lätt 21%	
Dyspareuni	Vid bakre plastik	Dyspareuni (kort vagina) 20%, men 94% bibehållen sexfunktion.	Ej omslutande sex	3-7% de novo dyspareuni, men i.ö. bibehållen sexfunktion	5-60% de novo dyspareuni	Dyspareuni 9% (jmf 23% vid vag ingrepp)

	Manchester	Vaghyst	Kolpokleisis	SSF	Nät	SCP/SUP
Recidiv	Subj recidiv: 19 % Obj recidiv: 8-50% Reop: 4-21% Subj nöjda 89%	Subj recidiv 19% Obj recidiv 5-18% Subj nöjda 89%	9% subj recidiv 95% nöjda	Subj recidiv 35% Obj recidiv 9-35% Gynop Skåne bilat subj:30%	Subj recidiv 13-21% Obj recidiv 17% (end apik 2,5%) GynopSkåne Uphold subj: 18%	Subj och obj recidiv 5-8% Reop 4 %

Patientkategorier

	Manchester	Vaghyst	Kolpokleisis	SSF	Nät	SCP/SUP
Ålder	Alla	Ska tåla ane/spinal	äldre	äldre	äldre	35-85
fertil	nej	nej	nej	nej	Nej	ja
Sex aktiv	ja	ja	nej	ja	nej?	ja
ASA	alla	Ska tåla ane/spinal	alla	alla	Ej sköra vävnader ex strålskadade	Tåla lång op i Trendelenburg
Vikt	alla	alla	alla	alla	alla	alla
Primär/ recidiv	primär	Recidiv/ avancerad primär	recidiv	Recidiv/ avancerad primär, särskilt hysterektome rad	Recidiv/ avancerad primär, särskilt hysterektome rad	Recidiv/ avancerad primär, särskilt hysterektome rad

Förslag till råd 1

- Vid primär apikal prolaps och uterus/ cervix bevarad -
”manchesterplastik” om möjligt med avseende på
prolapsgrad ($\leq +3$?) i alla patientkategorier
 - 80% subj success, få komplikationer, låg kostnad, god tillgänglighet

Förslag till råd 2

- Vid recidiv, tidigare hysterektomi eller uttalad apikal prolaps hos yngre sexuellt aktiv – sakrokolpo-/uteropexi.
 - 90 % success, få komplikationer enligt internationell utvärdering, men hög operationskostnad och svårtillgängligt (specialistvårdsremiss?)
 - Hur ser svenska data ut?

Förslag till råd 3

- Vid recidiv, tidigare hysterektomi eller uttalad apikal prolaps hos äldre sexuellt inaktiv – kolpokleisis eller nätplastik.
 - Kolpokleisis stympande och nätplastik potentiellt stympande, men båda har färre recidiv än SSF. Ytterligare recidiv är särskilt oönskat i denna grupp.
 - Vaginal hysterektomi och SSF mindre stympande, men har båda fler recidiv och vaginal hysterektomi har fler peroperativa komplikationer.

Frågor att besvara

- Ska SSF användas?
 - Dyrare än klassiska metoder, men inte färre recidiv
 - Ingen evidens för användning som recidivprofylax som tillägg vid klassiska metoder.
 - Nästan lika mycket långtidsproblematik med smärta som nät, men fler recidiv.
- Hur är resultaten för SK/UP i Sverige?
 - Svenska operationsresultat i GynOp-registret svårvärderade pga ofullständig registrering och olika tekniker. Kompletterande journalgranskningsstudie pågår.
 - Ingår kompletterande kirurgi i samma eller i två seanser?
 - Samtidig subtotal hysterektomi fördelaktig? försvarbar?
- Recidiv efter nät, vad göra?