

Graviditetsutfall efter myomexstirpation, en svensk registerstudie mellan 1999 och 2020

Paula Björn

ST-läkare, Kvinnokliniken

Danderyds sjukhus

Bakgrund: Myom är den vanligaste benigna gynekologiska tumören. Myom uppkommer från monoklonalt delade glatta muskelceller utgående från livmoderns myometrium. Förekomsten hos europeiska kvinnor är ca 25-40 % i 35 års åldern och ca 50- 70 % i 50 års åldern. (1) Myom kan vara lokaliserat submuköst (SM), intramuralt (IM) eller subseröst (SS) i livmodern. Enligt FIGO 2011 klassificeras myomen i klass 0, 1 och 2 (submukösa myom), klass 3 och 4 (intramurala myom) samt klass 5, 6 och 7 (subserösa myom).

Det finns god evidens för att behandla symptomgivande myom som ger upphov till t ex blödningar eller trycksymptom. Evidensläget för exstirpation av myom i fertilitets befrämjande syfte är svagt, mer forskning behövs. Befintliga studier är inkonsekventa gällande faktorer som patientens ålder, myomens antal, storlek och lokalisation, metod för myomexstirpation och behandlingsresultat. (2)

Myom kan rent mekaniskt påverka fertiliteten genom att blockera äggledare, störa kaviteten och cervixkanalen samt påverka transporten av gameter. Myom kan likaså försvåra det tekniska momentet vid embryotransfer. Även implantationen, uterus kontraktilitet samt endometriets receptivitet kan påverkas. (3,4)

En översiktsartikel, som inkluderat flera retrospektiva kohortstudier, konstaterade högre risk för obstetriska komplikationer hos patienter med myom (ökat antal kejsarsnitt, placentapatologi, prematurbörd, intrauterin tillväxthämning, postpartumblödning och hysterektomi). Evidensgraden är dock för svag för att rekommendera myomexstirpation för förebyggande av obstetriska komplikationer. (5)

Syfte: Övergripande syfte är att jämföra olika kirurgiska tillvägagångssätt och fertilitets-/graviditetsutfall hos svenska kvinnor som är opererade med myomexstirpation under en 21-årsperiod.

Material och Metod: Vi planerar en nationell registerstudie av kvinnor boende i Sverige mellan 20–50 års ålder, som har opererats för myom innan sin första graviditet (index graviditet) mellan januari 1999 och december 2020. GynOp registret tillhandahåller data för de kvinnor som har opererats med myomexstirpation med fyra olika tekniker; laparoskopiskt, robotassisterat, via laparotomi samt hysteroskopiskt.

ICD-kod Myom D 25.0-2+25.9, i kombination med kirurgisk åtgärds kod enligt nedan:

- LCB11, laparoskopisk myomexstirpation (robotassisterad tilläggs kod ZXC96)
- LCB10, abdominell myomexstirpation
- LCB25, transcervikal resektion av myom

- LCB98, annan transluminal endoskopisk excision eller destruktion av förändring i uterus

Följande GynOP-variabler kommer att användas i beräkningarna:

Preoperativ information: Ålder, längd och vikt för att beräkna BMI, rökning, ASA-klassifikation, graviditet, paritet, tidigare kejsarsnitt, tidigare operationer.

Perioperativa variabler: Operation inleds som (inklusive ev konvertering), operationstid, uterusstorlek, myom storlek (<2 cm, >2cm), myom vikt, antal myom, myomklassifikation (SM, SS, IM), blödning.

Postoperativa frågor: Patientens upplevda komplikationer, vårdgivarens bedömda komplikationer.

GynOP-data samkörs med Patientregistret för operationer utförda i slutenvård respektive öppenvård i Sverige, i syfte att kontrollera täckningsgraden. Data samkörs därefter med Medicinska Födelseregistret för att identifiera de kvinnor som har fött barn efter myomexstirpation utförd med de fyra olika teknikerna. Graviditetsutfall såsom paritet, förlossningssätt, prematuritet samt postoperativa komplikationer kartläggs. Myomens klassifikation, antal och storlek analyseras.

Signifikans: Evidensläget är oklart gällande när myomexstirpation i fertilitetsbefrämjande syfte kan rekommenderas. Myomexstirpation kan leda till komplikationer av både kirurgisk och obstetrisk karaktär.

Rådgivning till en kvinna som överväger myomoperation i fertilitetsbefrämjande syfte innefattar en diskussion angående olika kirurgiska tekniker. Det är väsentligt att identifiera vilken kirurgisk metod vid myomexstirpation (laparoskopisk, robotassisterat, abdominellt eller hysteroskopiskt) som ger bästa förutsättningarna för ett levande fött barn.

Referenser:

- (1). Brännström M, Myom, Gynekologi sid 271-275, Studentlitteratur ISBN, 978-91-44-04793-5
 - (2). Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. *Fertility and sterility*. 2017;108(3):416-25
 - (3) Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and sterility*. 2009;91(4):1215-23.9.
 - (4) Olive DL, Lindheim SR, Pritts EA. Conservative surgical management of uterine myomas. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2006;33(1):115-24.
 - (5) Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;198(4):357-66.
- Metwally M, Raybould G, Cheong YC, Horne AW. Surgical treatment of fibroids for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jan 29;1(1)