

# Onormal blödning från livmodern

Utredning och behandling, SFOG riktlinjer hysterektomi

Sophia Ehrström

Delregisteransvarig hysterektomi på benign indikation GynOp

Användarmöte 220401



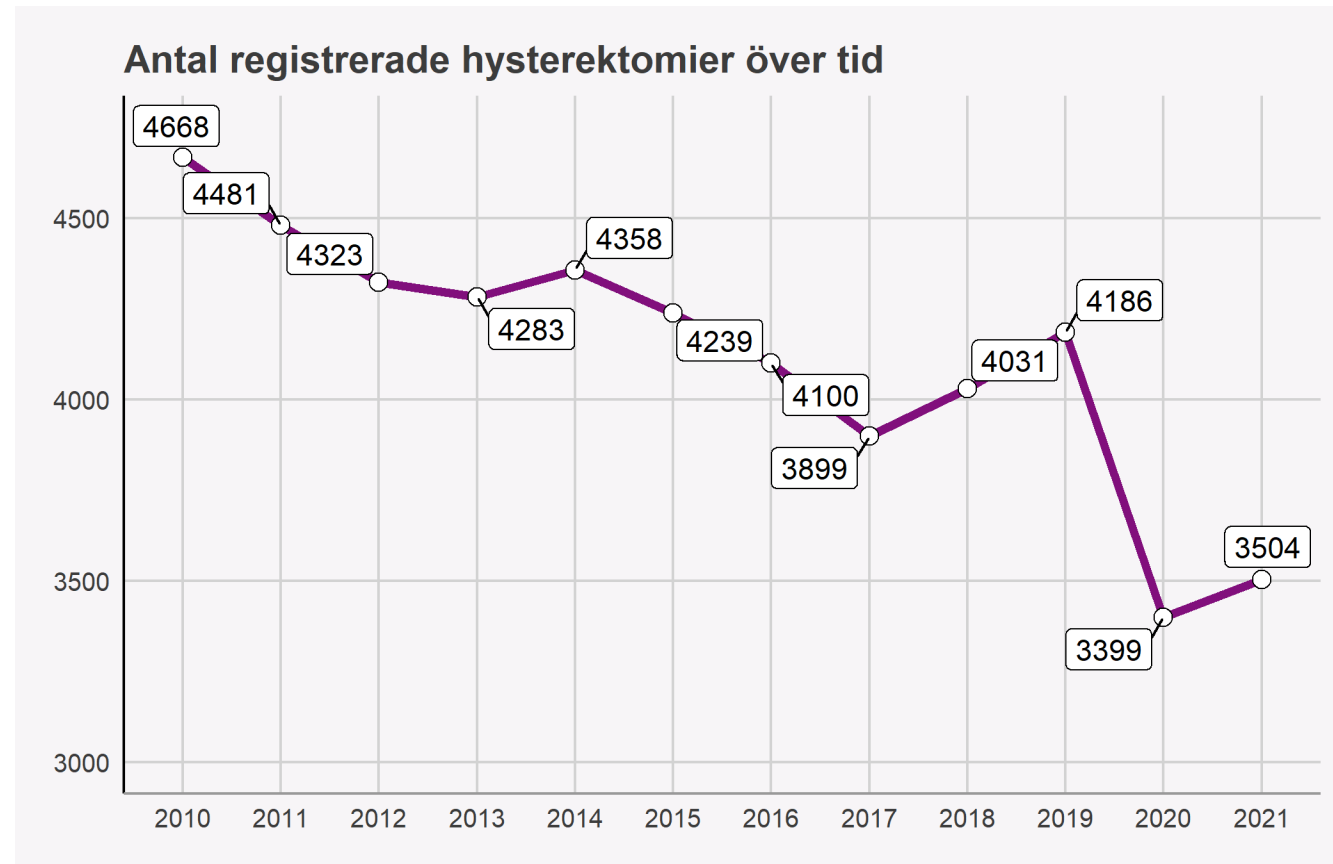
# Underlag för presentationen

---

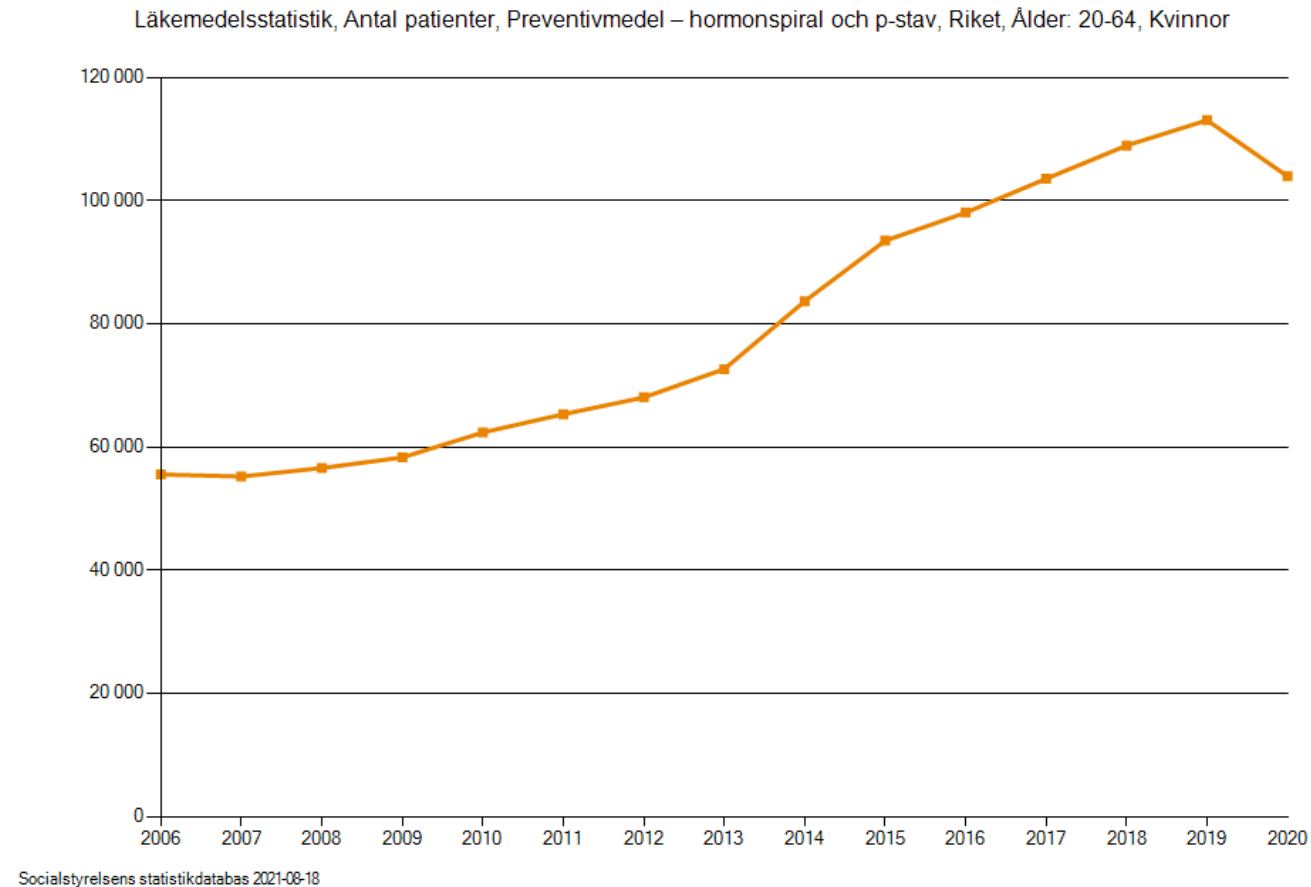
- **NAG blödningsrubbnings**
  - Handläggning av allmänläkare respektive gynekolog: flödesscheman
  - Data från Socialstyrelsens patientregister presenteras
  - Postmenopausal blödning handläggs enligt SVF
  - Graviditetskopplade blödningsbesvär ej inkluderade
- **SFOG riktlinjer Hysterektomi på benign indikation**
  - Genomgång enl GRADE för de minimalinvasiva metoderna och laparotomi
- **Årsrapport hysterektomi på benign indikation**
  - Svenska data 2021
- Patientfall



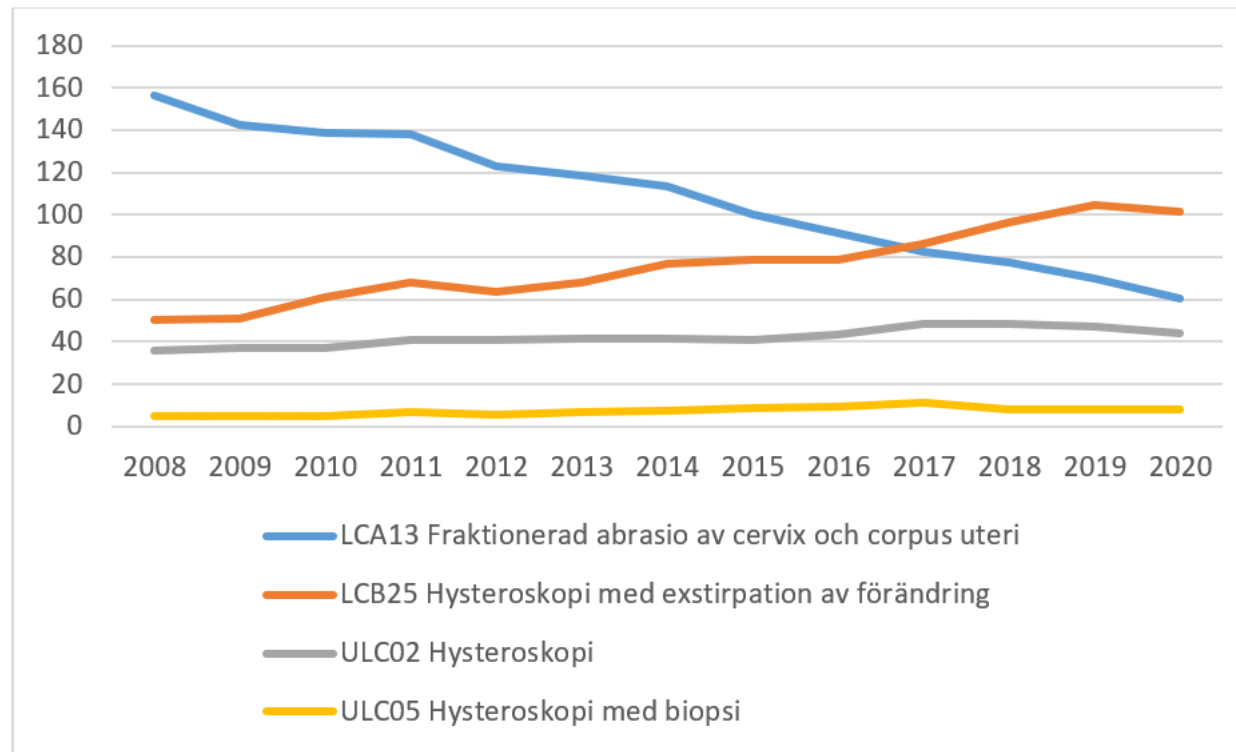
# Antal hysterektomier 2010-2021



# Mirena och LARC - ökad användning sedan 2011



# Hysteroskopier och fraktionerad abrasio - ändrat mönster intrauterin kirurgi



# Sjukvårdsresurser

- En fungerande långverkande hormonell metod eller ett lyckat hysteroskopiskt ingrepp för patienten leder till symptomlindring utan att ett större kirurgiskt ingrepp behöver göras
- Hysterektomi och myomenukleation innebär generell anestesi, sjukhusvård, postoperativ smärta och ökad risk för komplikationer



# Patientfall 1

- 45 år
- Profusa, anemiserande blödningar, Hb 92
- Myom 4x5 cm, i övrigt drygt normalstor uterus
- Önskar inte hormonell behandling
- Erbjuden robotassisterad hysterektomi av annan vårdgivare
- Önskar sec opinion vill inte HE
- Förslag till handläggning? Vad vill vi veta?

# Patientfall 1

- Vi gör en hydrosonografi: Rent intrakavitärt myom 4x5 cm
- Beslut om 2-seans hysteroskopi med 4-6 veckors mellanrum
- Op x 2 resektion av myom med 8,5 mm hysteroskop, resorption upp till 2000 ml NaCL accepteras
- Postoperativt: Inget kvarvarande myom, normala blödningar
- Nöjd patient



# FIGO:s klassificering av onormal blödning från livmodern: PALM-COEIN



*Figur 1 FIGO:s klassificering av orsaker till symptomet onormal blödning från livmodern, det så kallade PALM COEIN-systemet*

# PALM-COEIN

Strukturella orsaker kan avbildas och/eller definieras histopatologiskt- förkortas PALM

- Polyp
- Adenomyos
- Leiomyom
- Malignitet och hyperplasi

Icke-strukturella orsaker: klinisk bedömning med ev provtagning som leder till diagnosen- förkortas COEIN

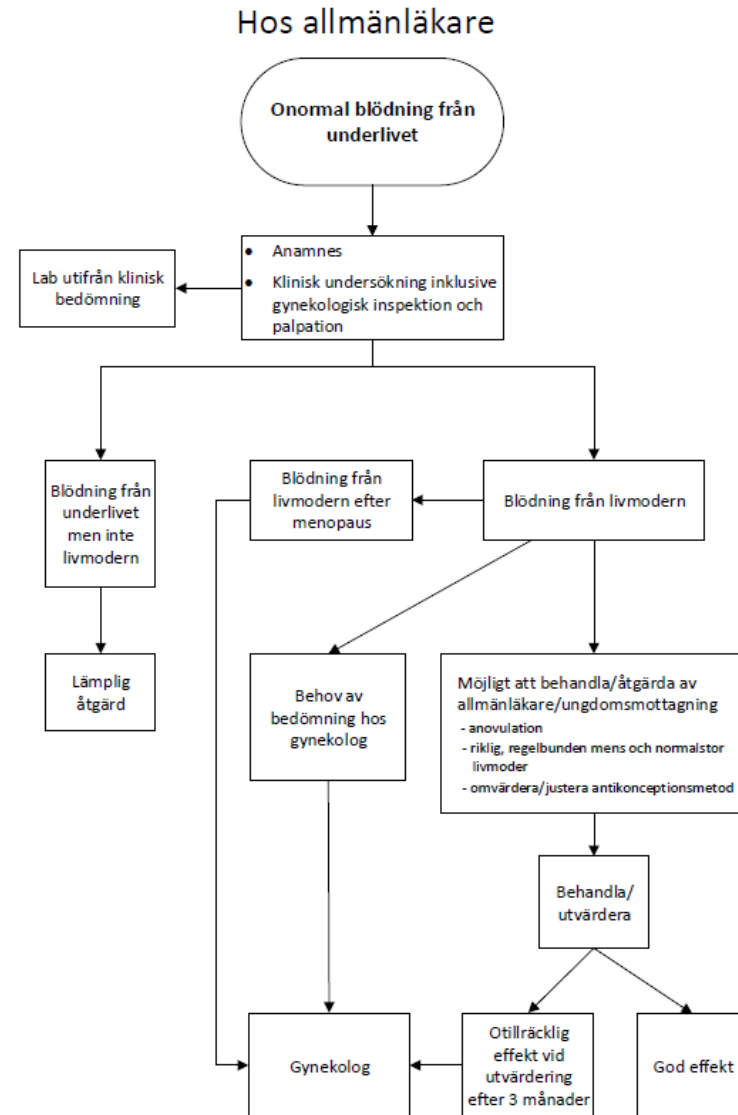
- Koagulationsrubbning
- Ovulationsstörningar
- Endometrieassocierade
- Iatrogen orsak (spiral, läkemedel)
- Not otherwise classified

# Onormal blödning från livmodern

---

- Anamnes- att tänka på
  - Blödningsbenägenhet?
  - Menstruationsmönster
  - Graviditet?
  - STI
  - Läkemedel
  - Hypothyreos?
  - Klimakteriet?
  - Hereditet
  - BMI
- Handläggning och gynekologisk undersökning hos allmänläkare i vissa fall

# Handläggning hos allmänläkare



- Byte av p-piller
  - Utvärdera efter tre månader
- Anovulatorisk blödning
  - Proverakur
- Riklig, regelbunden blödning
  - Cyklokapron, järn

# Indikation för remiss till gynspecialist

Postmenopausal  
blödning:  
Handläggning enligt  
SVF

Kontaktblödning

Tidigare  
gynekologisk  
malignitet

Riklig regelbunden  
mens som ej svarat  
på behandling

Otillräcklig effekt vid  
behandling av  
anovulatorisk  
blödning

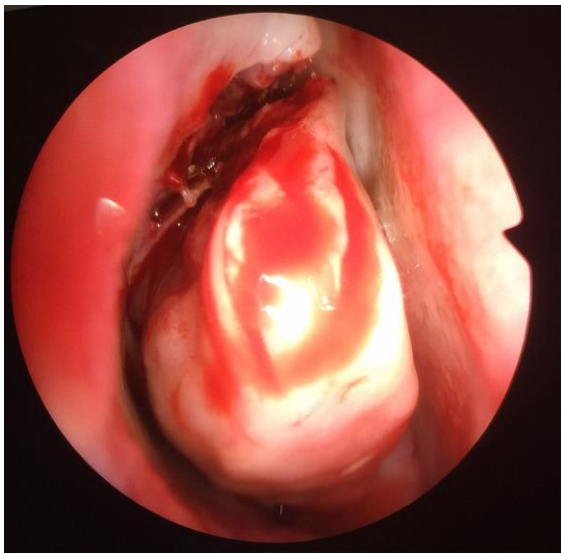
Otillräcklig  
behandlingseffekt av  
antikonceptionella  
medel

# Gynekologisk specialistbedömning

- Gynekologisk undersökning
- Vaginalt ultraljud
- HPV, smear, ev endometriebiopsi
- Ställningstagande till medicinsk behandling
  - Mirena
  - P-piller
  - Ryego
  - mm
- **Hydrosonografi** vid misstanke om intrakavitär lesion
- Ev operativ åtgärd

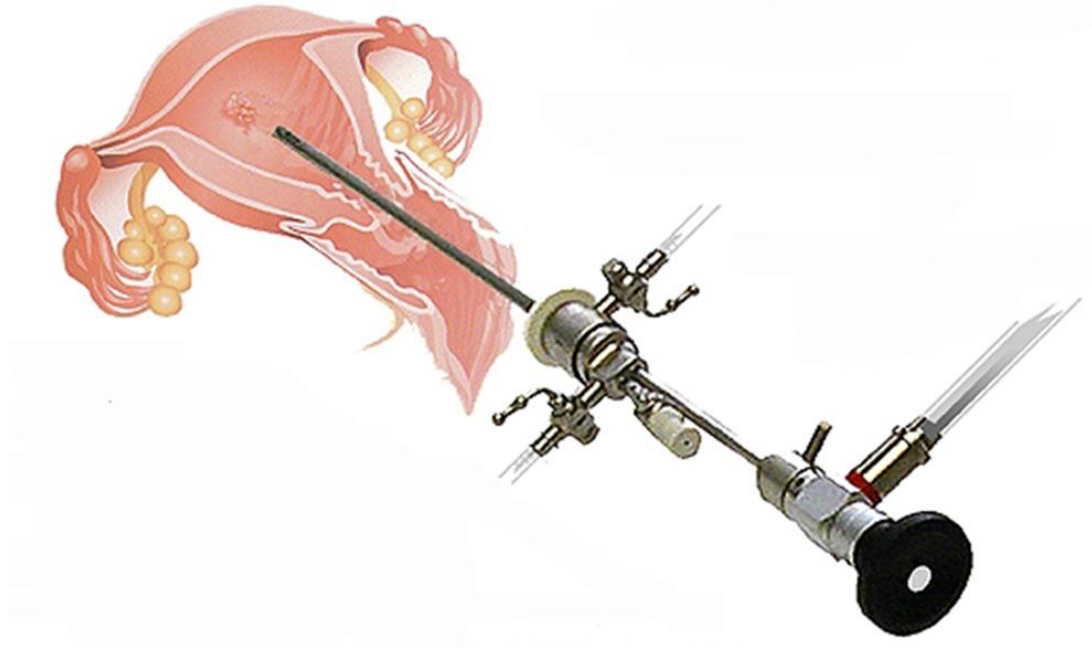


Foto: Lil Valentin



## Förekomst av intrakavitära lesioner vid blödningsrubbningar

- Premenopausalt ca 36%
- Postmenopausalt ca 50%
- Polyper och myom är vanligast
- BÄTTRE DIAGNOSTIK på mottagningen: hydrosonografi bör utföras



# Handläggning hos gynekolog vid premenopausal blödning

## Hos gynekolog

Onormal blödning från underlivet före  
menopaus

- Anamnes
- Klinisk undersökning  
inklusive gynekologisk  
inspektion och palpation
- Vaginalt ultraljud

Lab utifrån anamnes  
och kliniska fynd

Blödning från  
underlivet men  
inte livmodern

Lämplig åtgärd

Blödning från  
livmodern

Ultraljud med  
misstanke om fokal  
avvikelse eller  
oklar bild

MRT lilla  
bäckenet

Kan övervägas  
vid vissa  
frågeställningar

Utredning enligt  
SVF vid misstanke  
om malignitet

Ja

Hydrosonografi

Nej

Synlig  
intrakavitär  
förändring

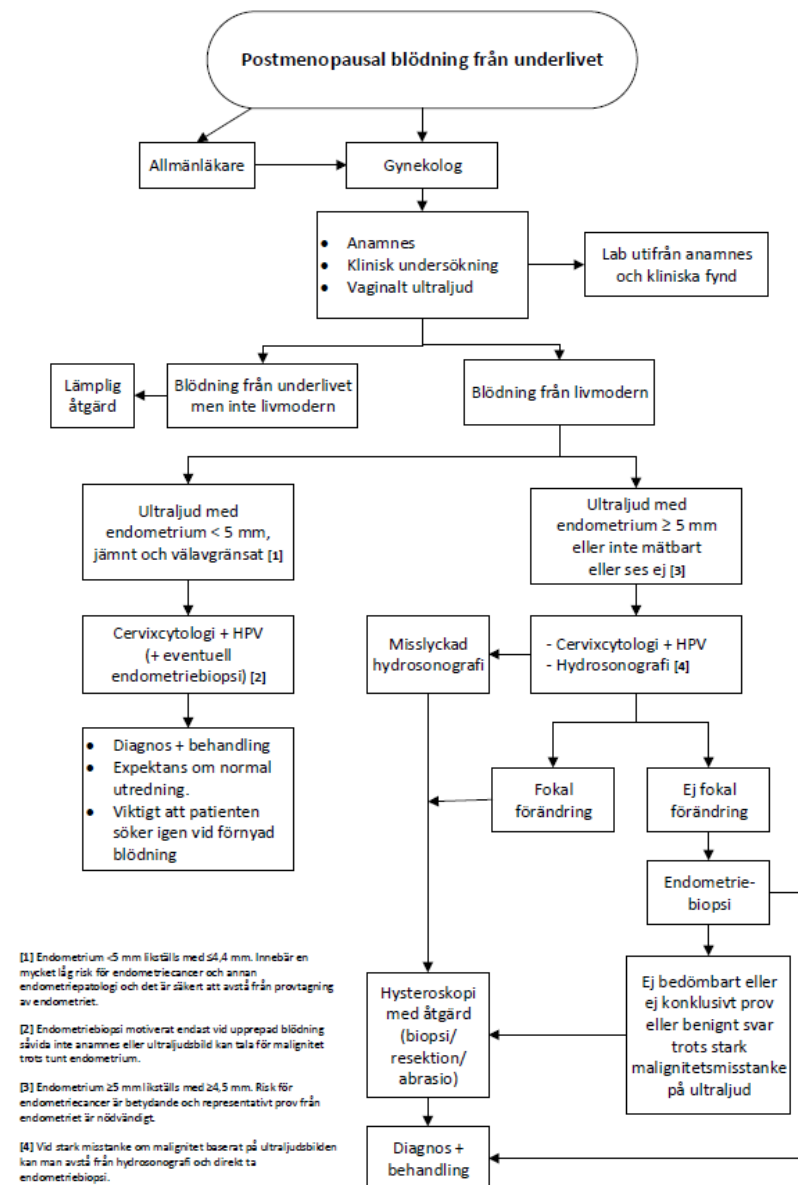
Hysteroskopi med åtgärd  
(biopsi/resektion/abrasio)

Ej synlig  
intrakavitär  
förändring

Ställningstagande till  
endometriebiopsi  
- var generös vid  
förtjockat endometrium  
och ålder  $\geq 45$  år



# Postmenopausal blödning enligt SVF

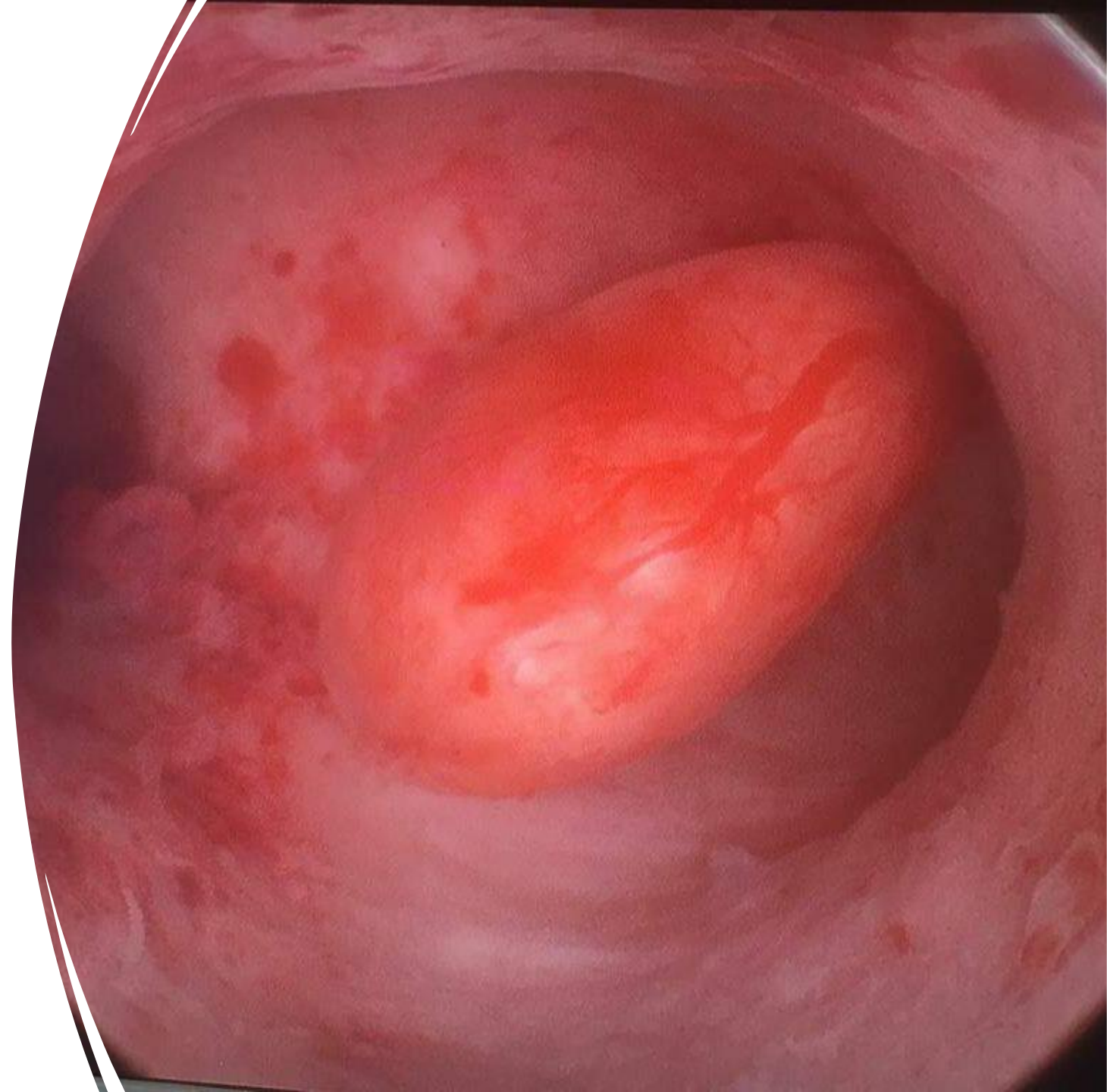


# Fraktionerad abrasio

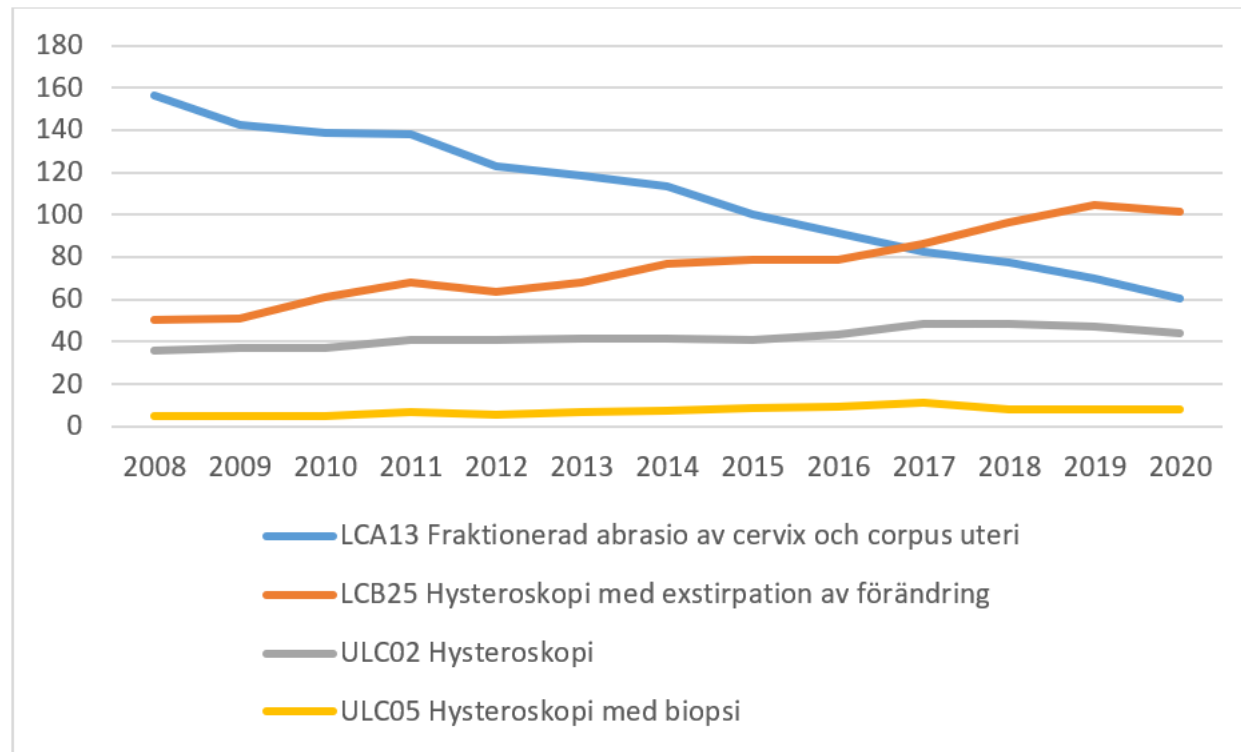
Blint ingrepp som tillhör historien

En stor andel intrakavitära lesioner  
missas

Högre andel skador på livmodern  
jämfört med hysteroskopi visat i  
studier



# Hysteroskopier och fraktionerad abrasio



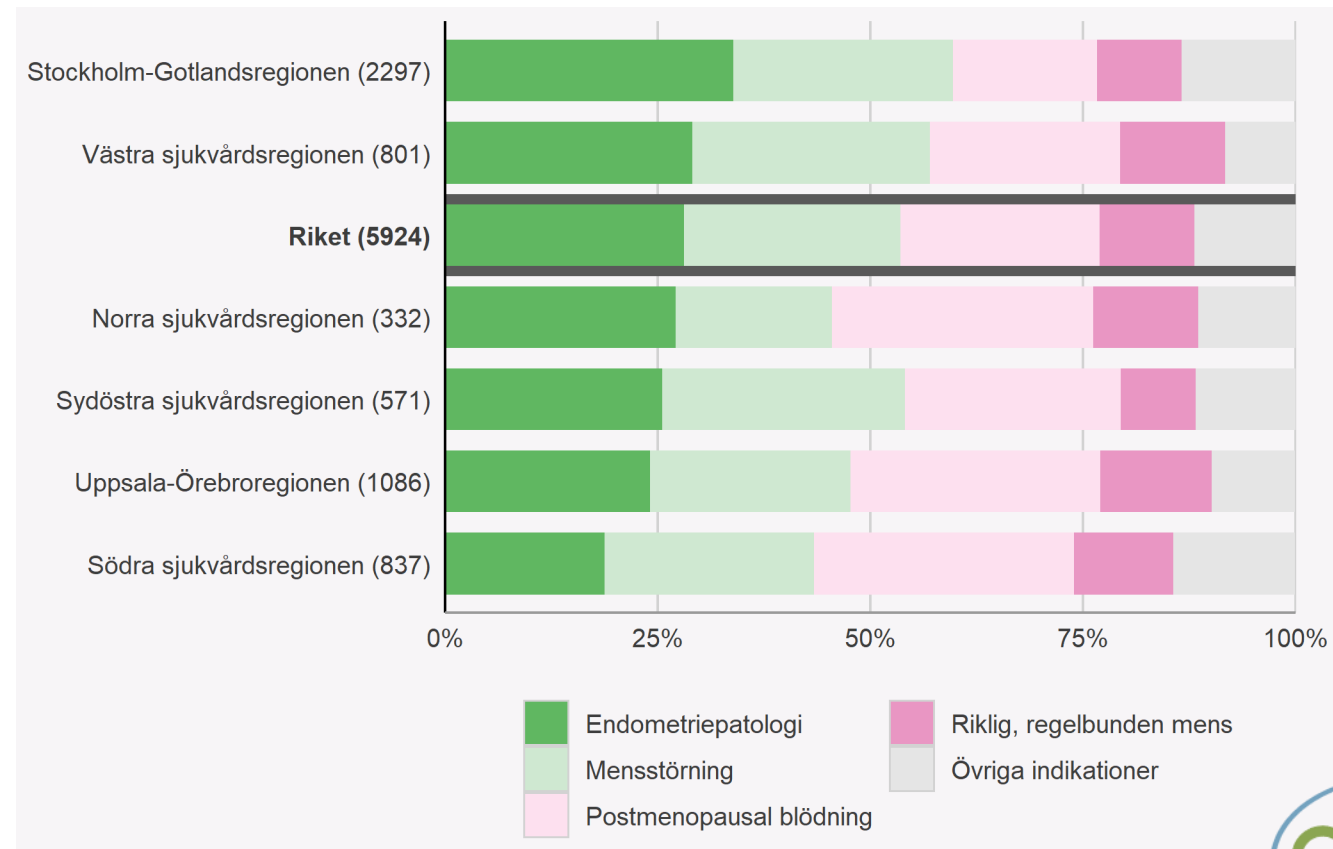
# Behöver alla corpuspolyper premenopausalt opereras?

- Omdiskuterat område, men 36 % förekomst vid blödningsrubbnings
- Låg cancerrisk premenopausalt
- 27 % av premenopausala polyper mindre än ca 1 cm försvinner spontant inom ett år
- Större polyper med mellanblödningar bör betraktas som en potentiell orsak till onormal blödning från livmodern
- TCR-P inför IVF-behandling
  - Randomiserad studie
  - Storleksangivelse: delade meningar

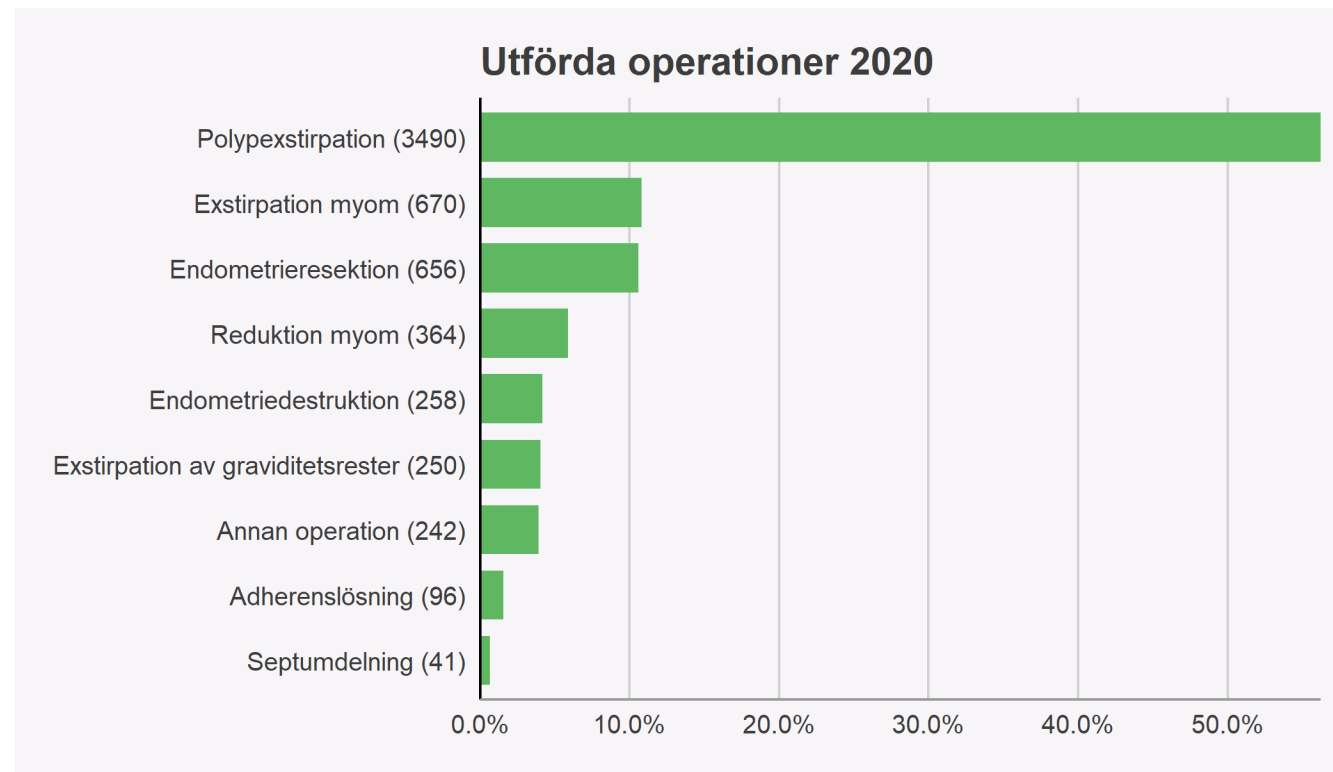
## Corpuspolyp postmenopausalt

- 10 % risk för malignitet hos postmenopausala kvinnor med polyp+blödning: Handläggning enl SVF
- Polyp hos postmenopausala utan blödning svårare, men ca 1,5 % risk för malignitet
  - Avvikande ultraljudsbild SVF
  - Tamoxifen
  - MHT
  - Diabetes, högt BMI, högt blodtryck
  - Nulliparitet
  - Polypstorlek? Tillväxt?

# Indikationer för operativ hysteroskopi

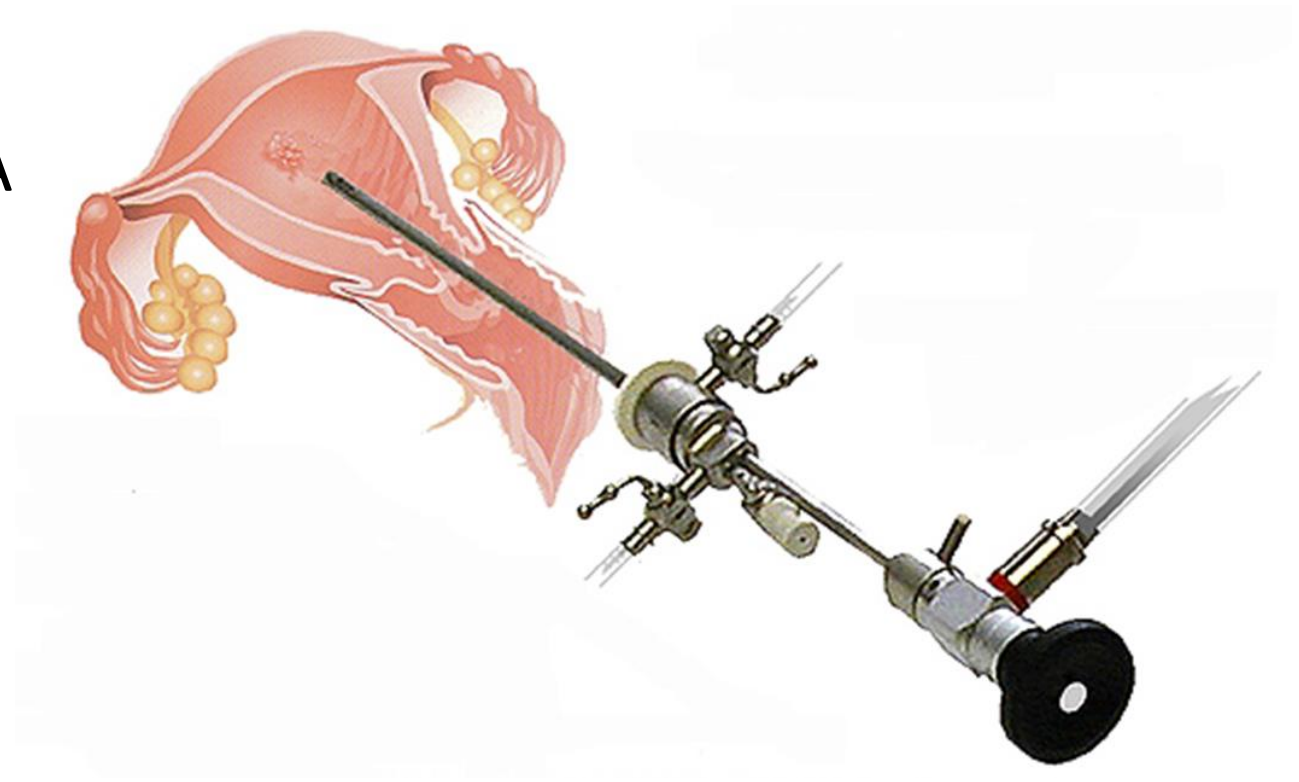


# Operativ hysteroskopi per diagnos 2020



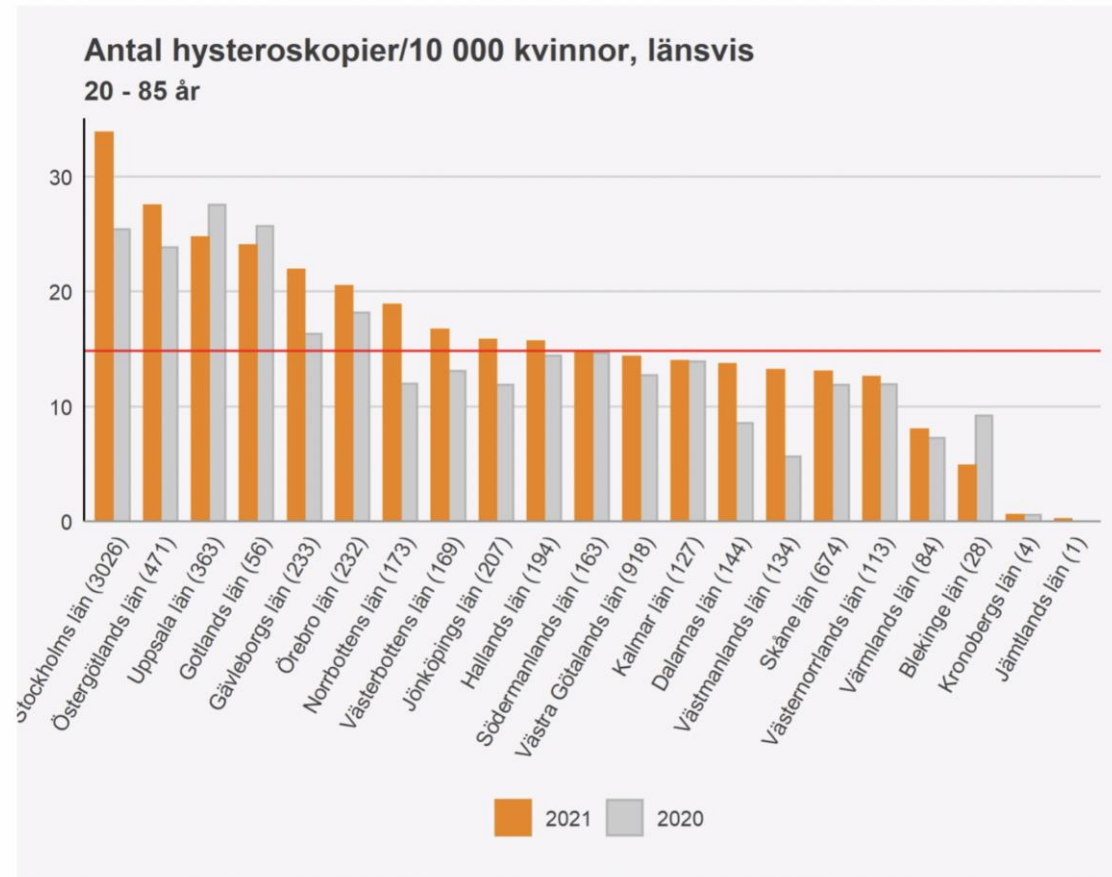
# TCR-P metoder

- Betocchi med arbetskanal i LA
- Hysteroskopisk morcellering i LA
- Hysteroskopisk resektion



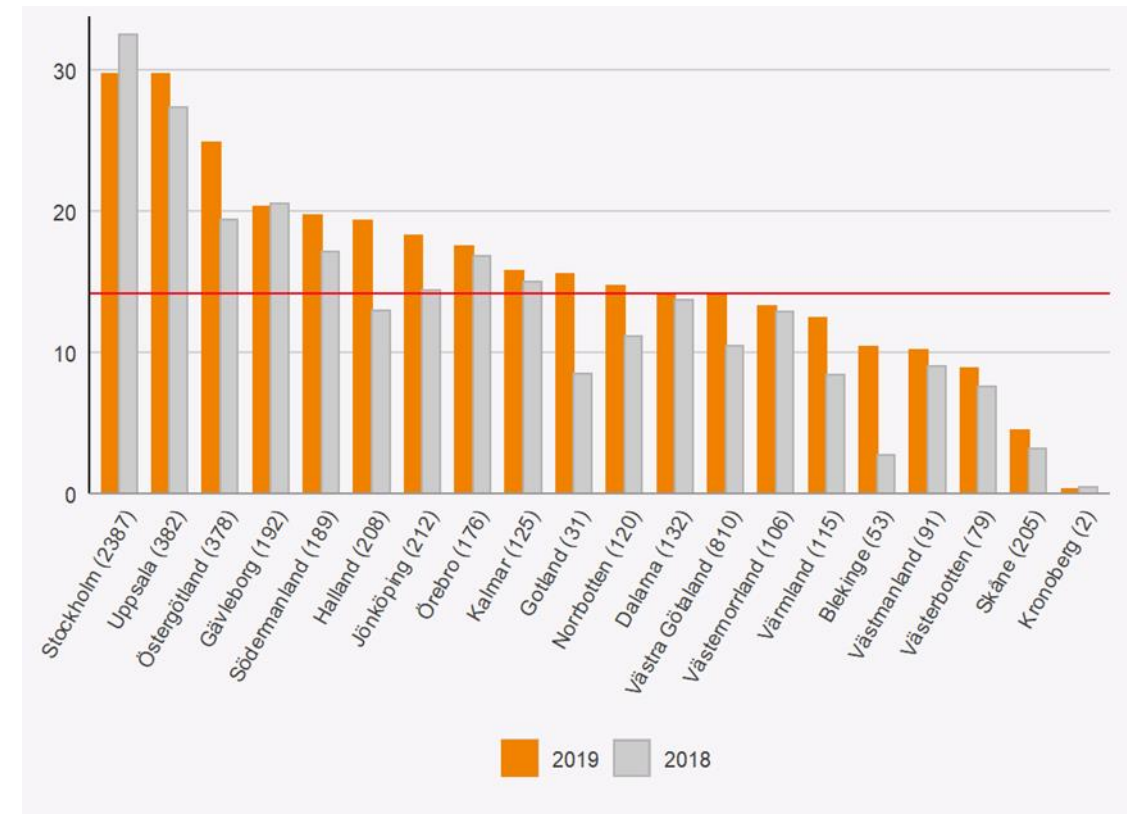


# Hysteroskopisk borttagning av förändring per 10 000 kvinnor uppdelat per län

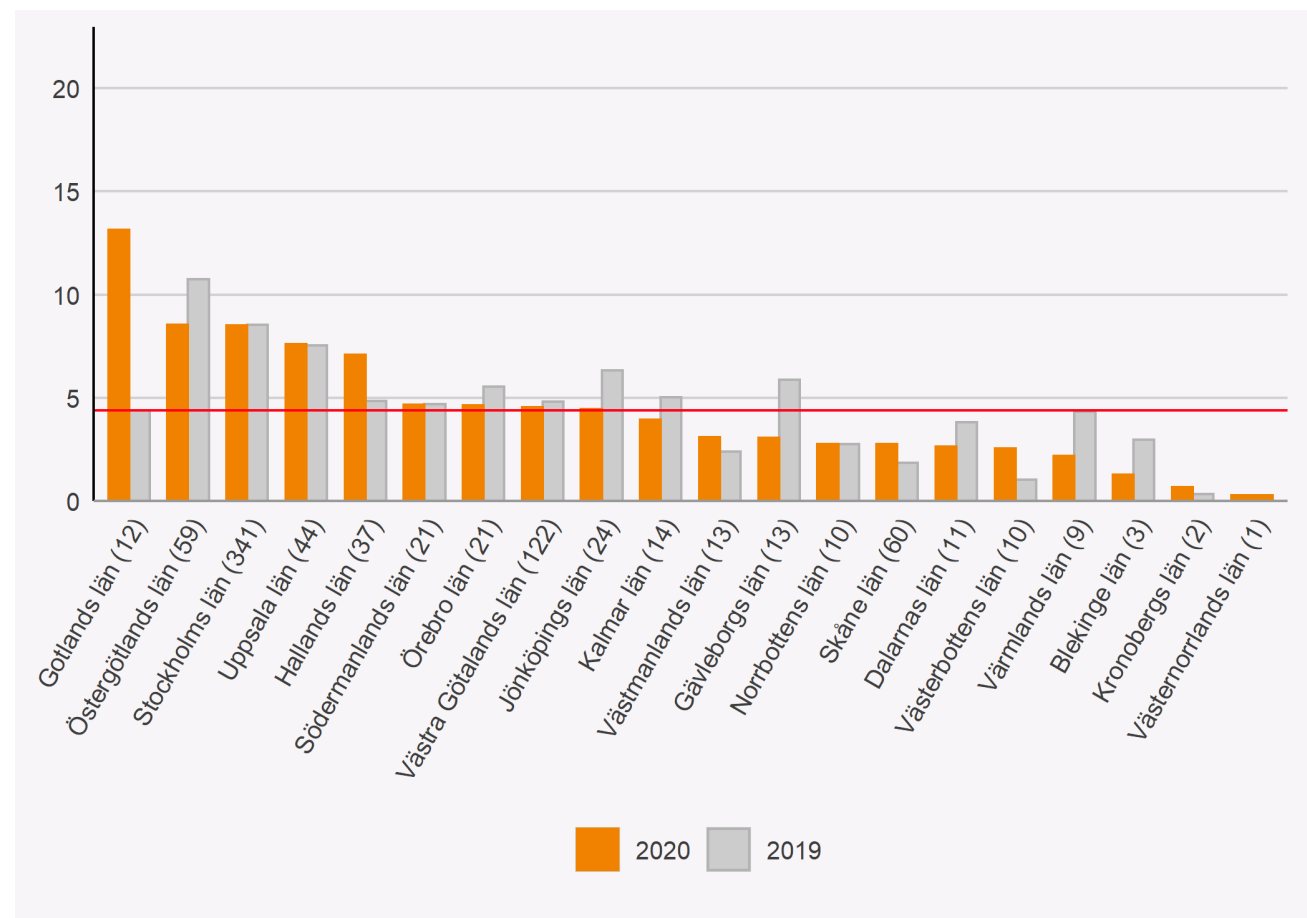


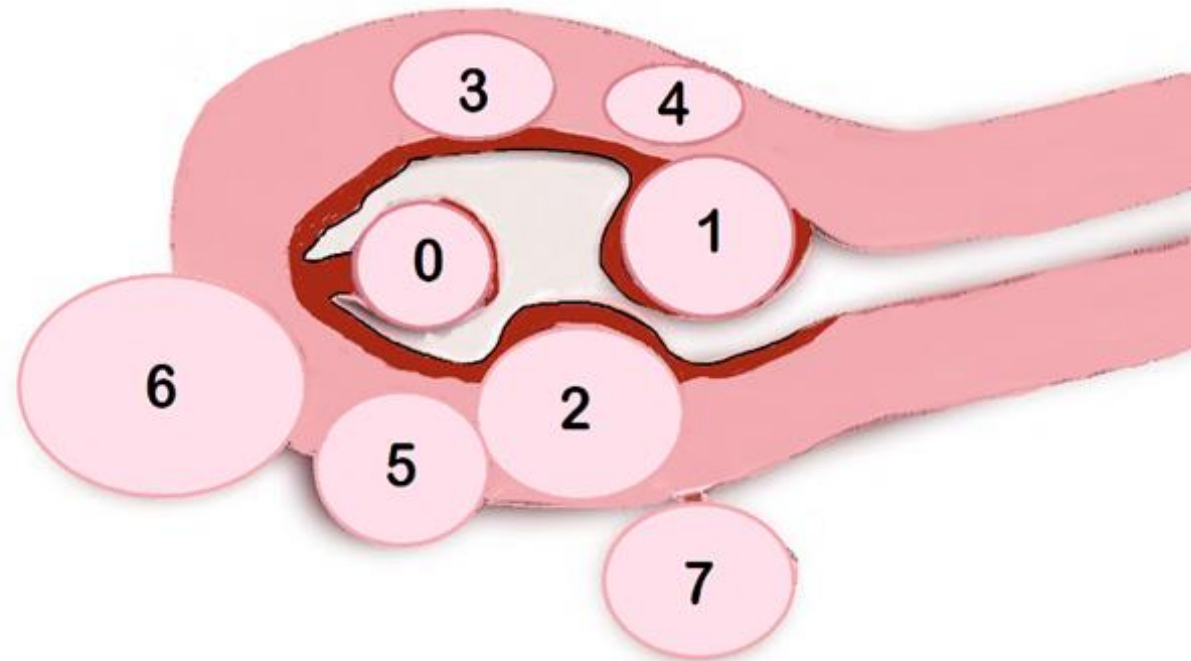
# Varför skillnad i hysteroskopifrekvens i riket?

- Ofullständig registrering?
- Lokala traditioner?
- Operatörers vana?
- Patienters önskemål?
- Tillgång till hysteroskopisk utrustning?



# TCR-M borde vara samma frekvens i alla län



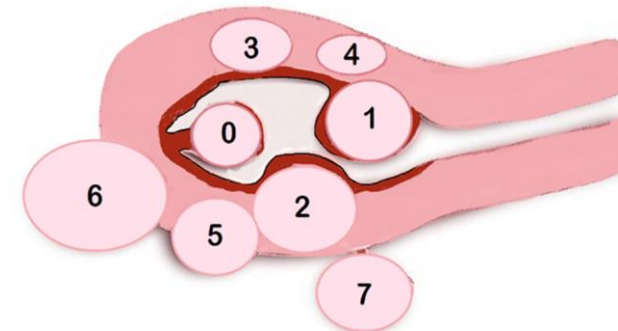


# Klassificering av myom enligt FIGO

Typ 0, 1 och 2 lämpar sig för hysteroskopisk resektion

# Myom med blödningsbesvär

- Första linjens behandling av myom är medicinsk
  - Tranexamsyra, Mirena, kombinerade p-piller, gestagener eller Ryeqo
- Embolisering (eller mikroablation)
- Hysteroskopisk resektion kan ske upp till 5 cm storlek
  - Myom 3-5 cm: risk för 2-seansOP
- Myom typ 3-7 enukleeras via laparoscopi med eller utan robotassistans eller via laparotomi
- Minimalinvasiv/abdominell hysterektomi



# TCR-M

---

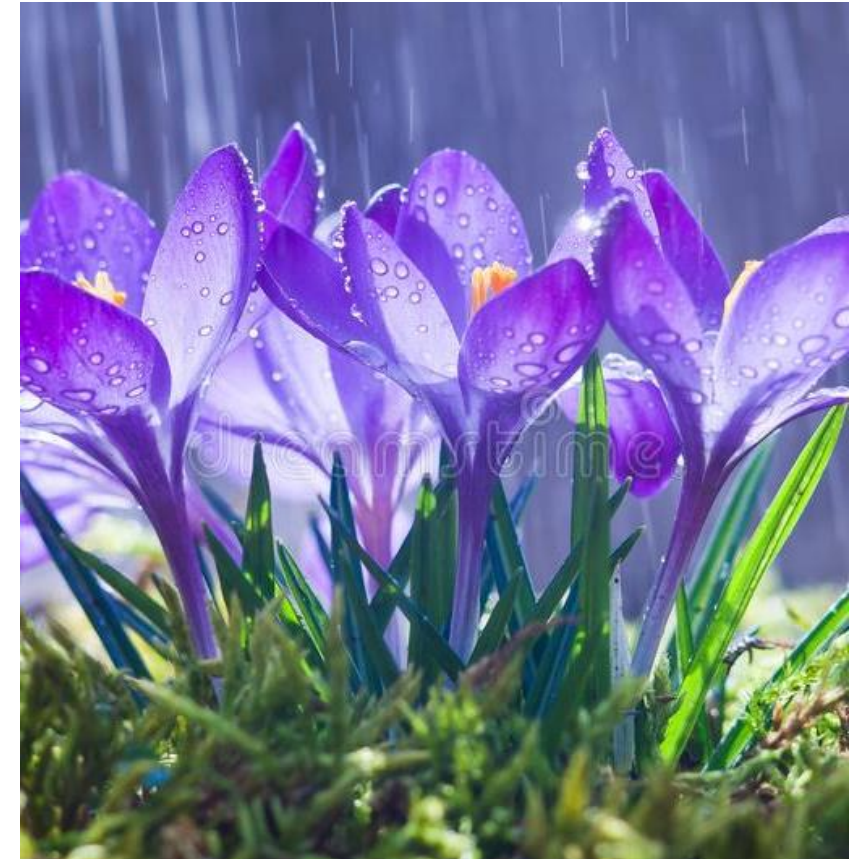
- Resektoskop
- Hysteroskopisk morcellering
- Högre risk för resorption
- Hysteromat



# Patientfall 2: stort intrakavitärt myom

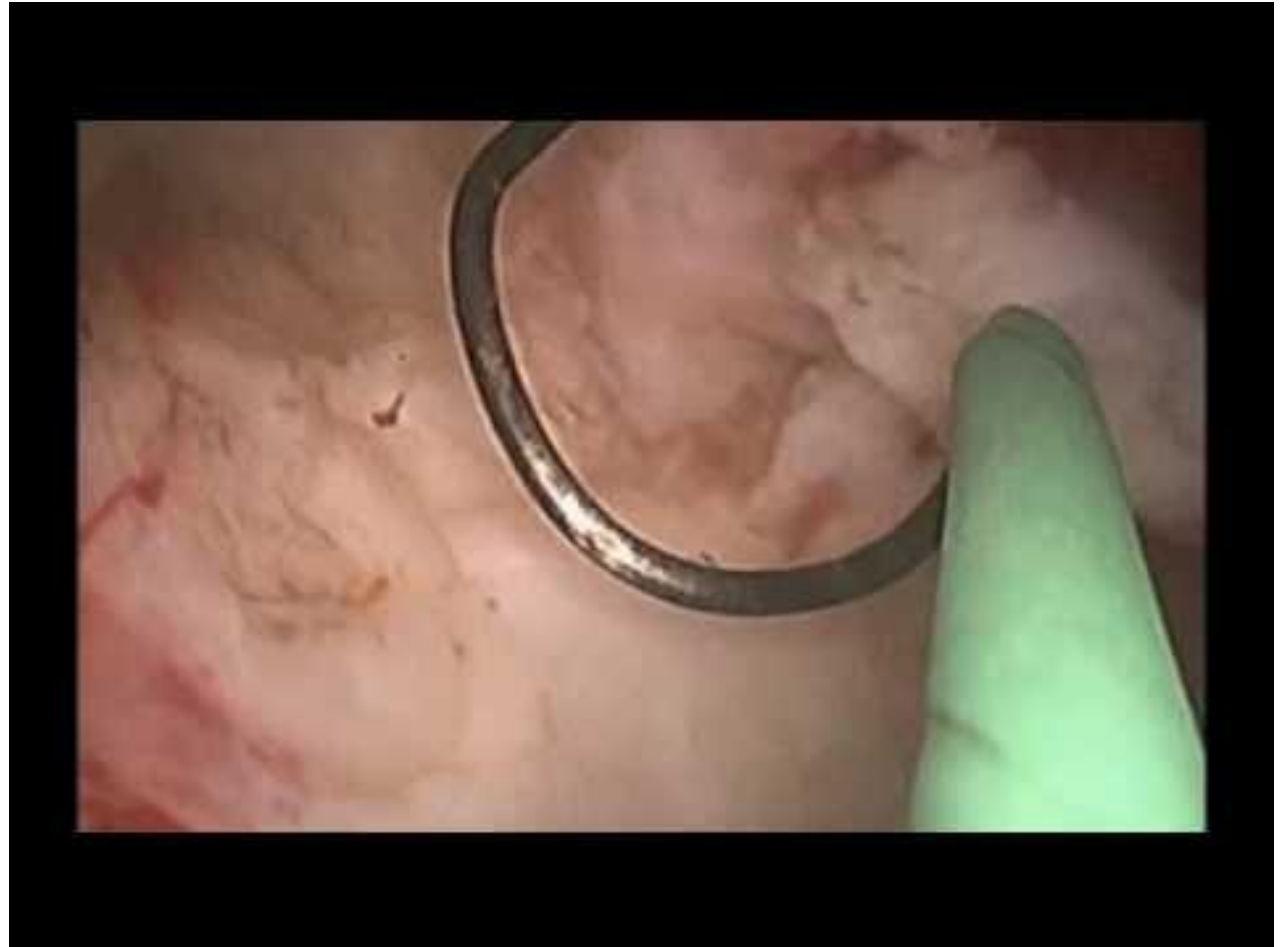
---

- 35 år, barnönskan
- Myom intrakavitärt 5x4 cm
- Remitterad för hysteroskopi innan pandemin
- Efter två år trycksymptom
- Tillväxt till 7x5 cm, rent intrakavitärt (hydrosono)
- Vill ej embolisering eller bukingrepp
- Hur handlägger ni patienten?



# Patientfall 2

- Ryeqo (Relugolix, östradiol och norethisteronacetat)
- U-ljud om tre månader
- Planerar för 2-seanshysteroskopi om sex månader





# Destruktion och resektion av endometriet

- Kontraindicerat vid
  - postmenopausal blödning
  - premalignt/malignt tillstånd
  - graviditet
- Livmoderhålan bör inte vara för stor eller för liten
- Intrakavitär lesion ska ha uteslutits, preoperativt PAD vid ablation
- Operatör väl förtrogen med tekniken
- Adenomyos mindre lämpligt-dåliga behandlingsresultat

# Jämförelse TCR- E/ablation

---

Metoderna har jämförbara resultat

---

Ca 35-45% minskad blödning eller blödningsfria, bäst i kombination med Mirena (59%:dansk RCT)

---

Risk för blödningar och flytningar efter op

---

MISTLETOE-studien i England: 1,5 % allvarliga komplikationer

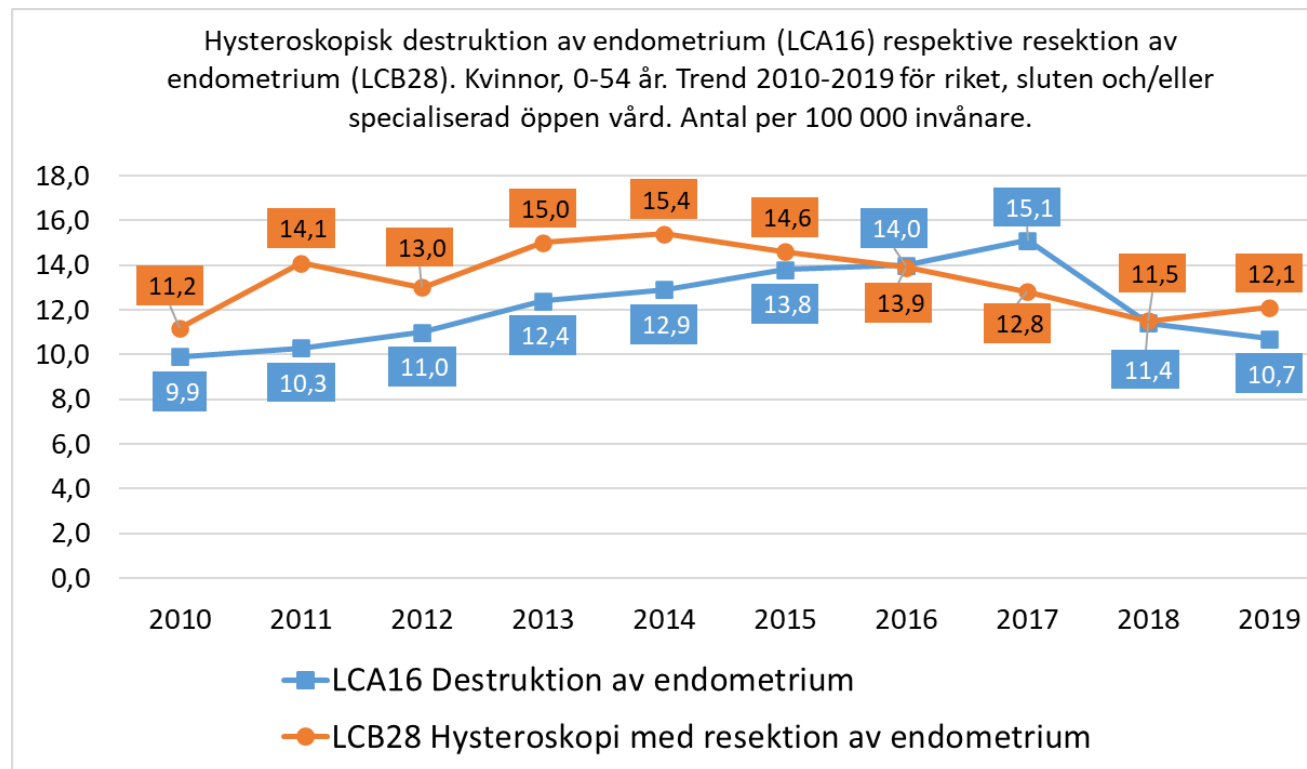
---

25 % genomgår hysterektomi

---

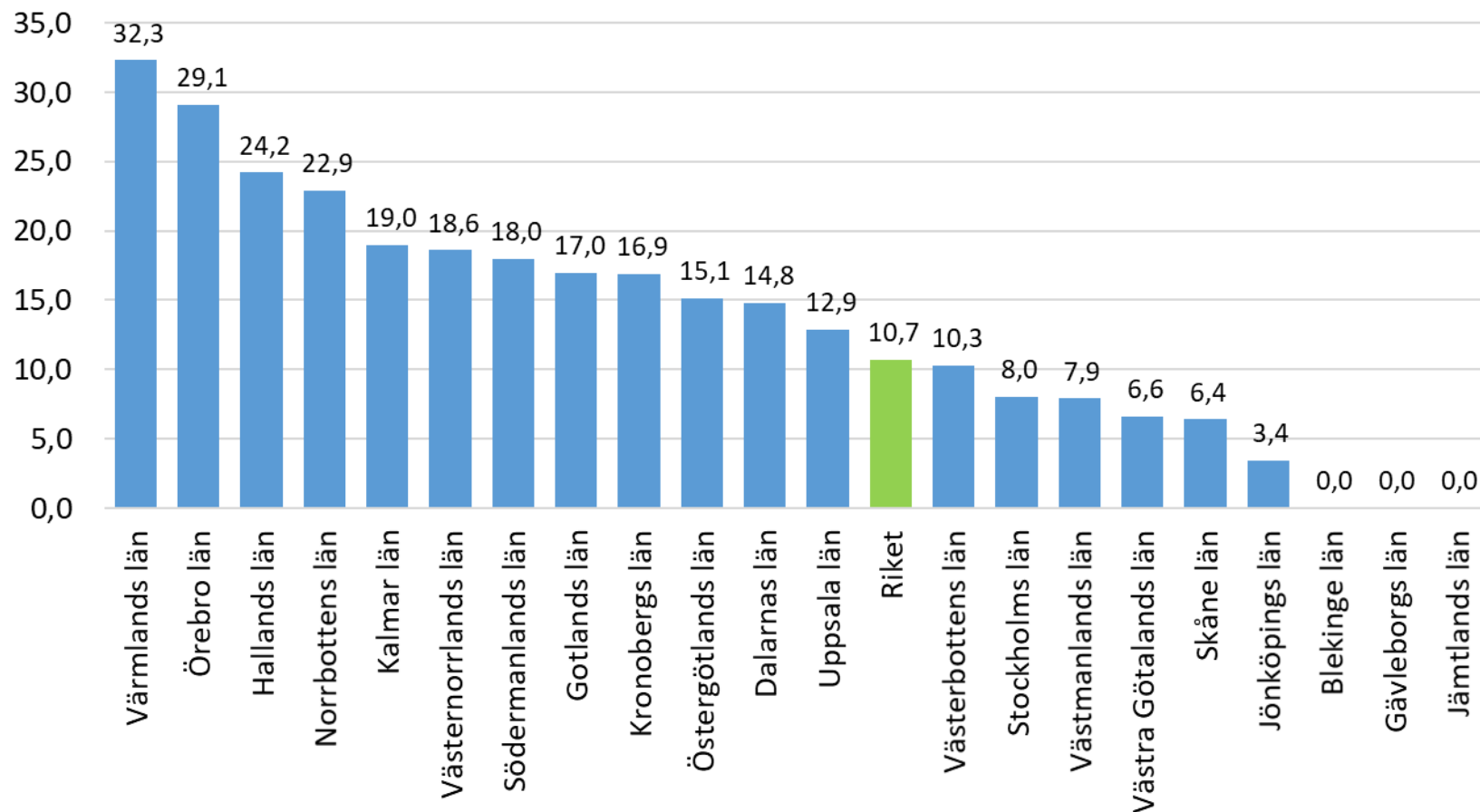
Obstetriska komplikationsrisker: Metoder för kvinnor med avslutat barnafödande

# Endometrieresektion/ablation över tid 2010-2019

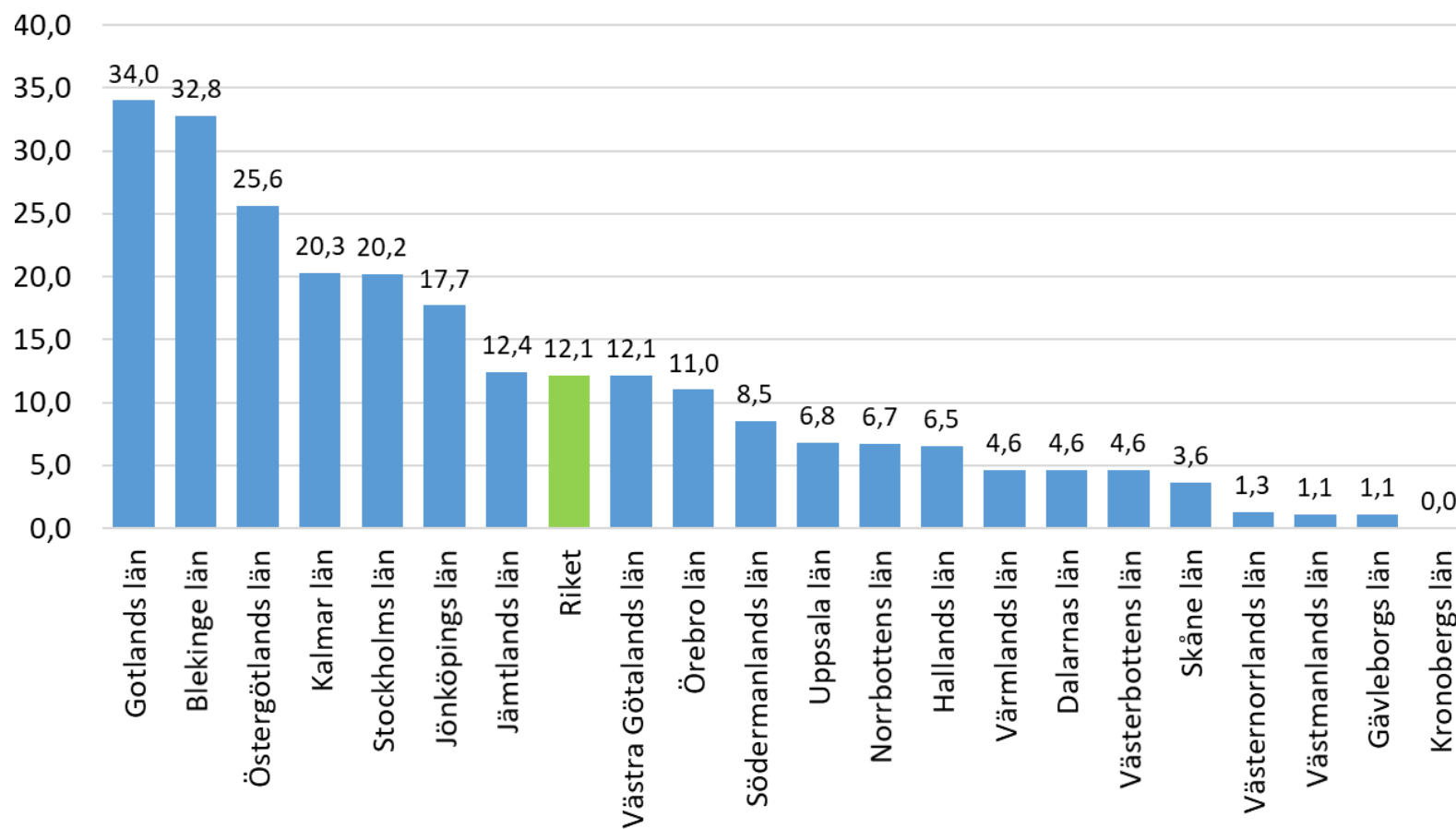


- Konstant användningsfrekvens

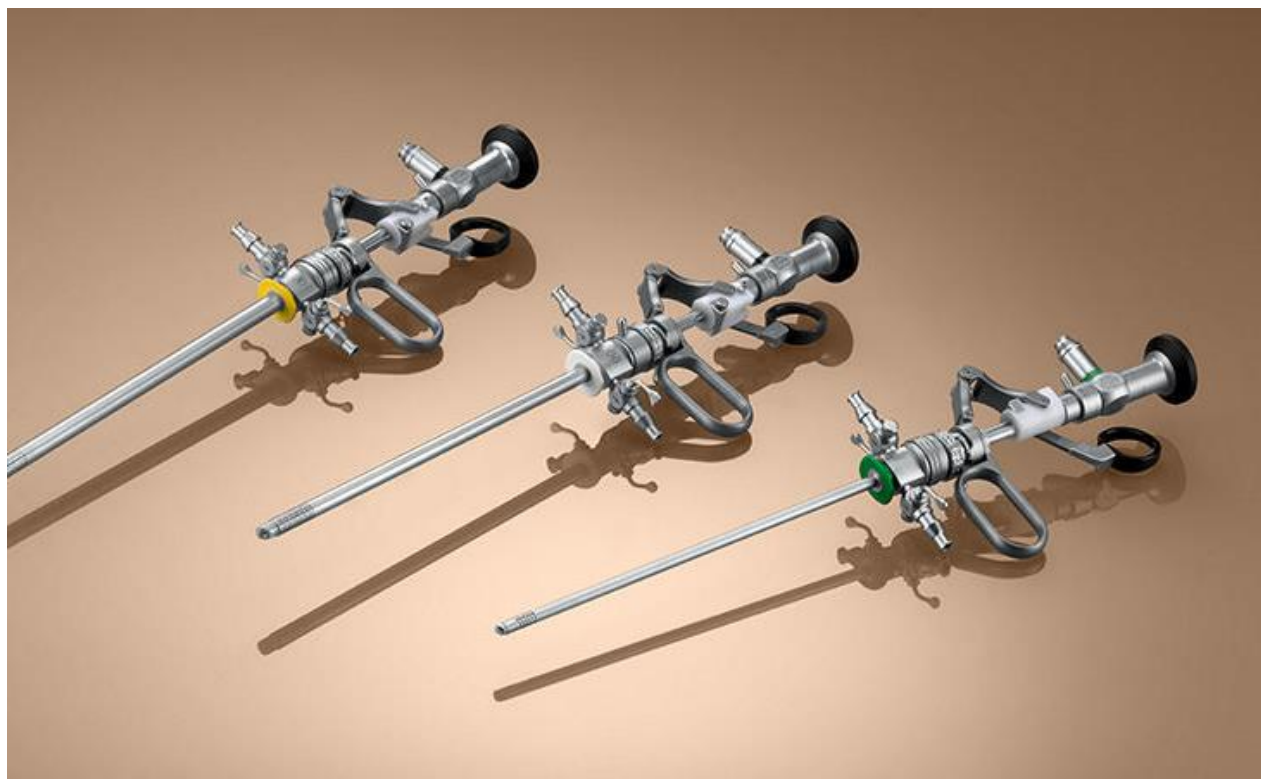
# Endometrieablation/län/100000 kvinnor



# Endometrieresektion/län/100 000 kvinnor



# Endometrieablationer marknadsförs som ingrepp i lokalbedövning



- 2019-2021 1840 resektioner, varav 85,7 % i narkos
- 2019-2021 388 ablationer, varav 80% i narkos (Bild saknas)

Varför  
hysteroskopi?  
**TAKE HOME  
MESSAGE**

Många orsaker till onormal blödning från livmodern kan åtgärdas med en hysteroskopisk metod

En stor del intrauterina ingrepp kan utföras i lokalbedövning på en mottagning.

Kvinnor föredrar att genomgå hysteroskopi i lokalbedövning

# Utveckling hysteroskopier sedan 2010:

- 2010 51,7% öppenvård
- 2019 90,9 % öppenvård
- Enligt en italiensk multicenterstudie 2019 inkluderande 19 centra, utfördes 40 % i ren LA
  - Högre risk för ofullständig borttagning i LA, men högre risk för skada på livmoderväggen vid sövd patient
- Kostnadseffektiv utveckling som patienterna önskar



# Anestesi vid hysteroskopi 2018-2021

- 7581 hysteroskopier registrerade i GynOp:s delregister intrauterin kirurgi 2021, 6200 2020 (22 % fler registrerade)
  - 2018: 6,3 % LA/PCB utan sedering
  - 2019: 8,0%
  - 2020: 16,6 %
  - 2021: ca 28 % 100 op ingen bedövning
    - mindre personalkrävande
    - Ej behov av op-avdelning
    - Ej behov av narkos, uppvakningspersonal och vårdavdelning





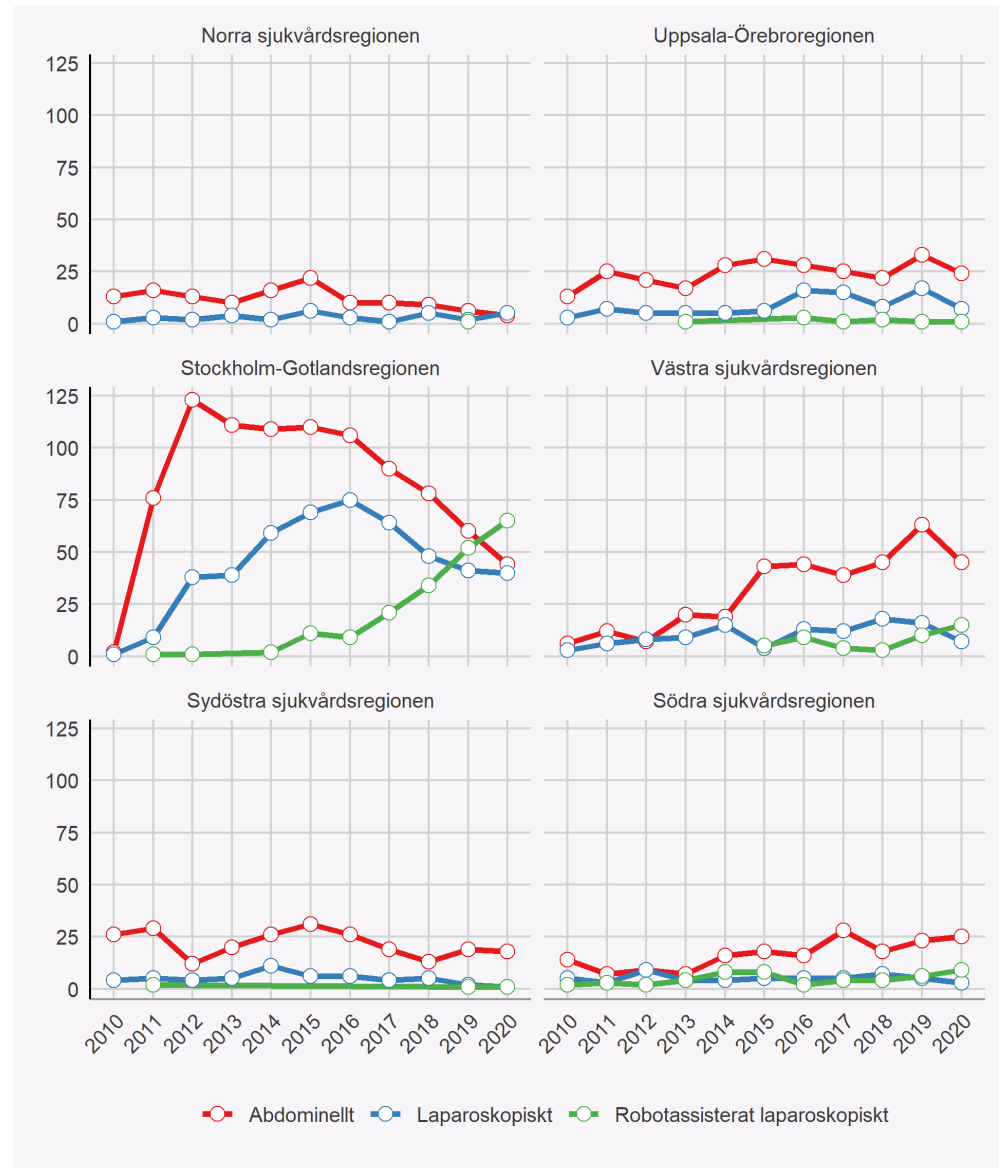
Framtidens hysteroskopi

# Patientfall 3

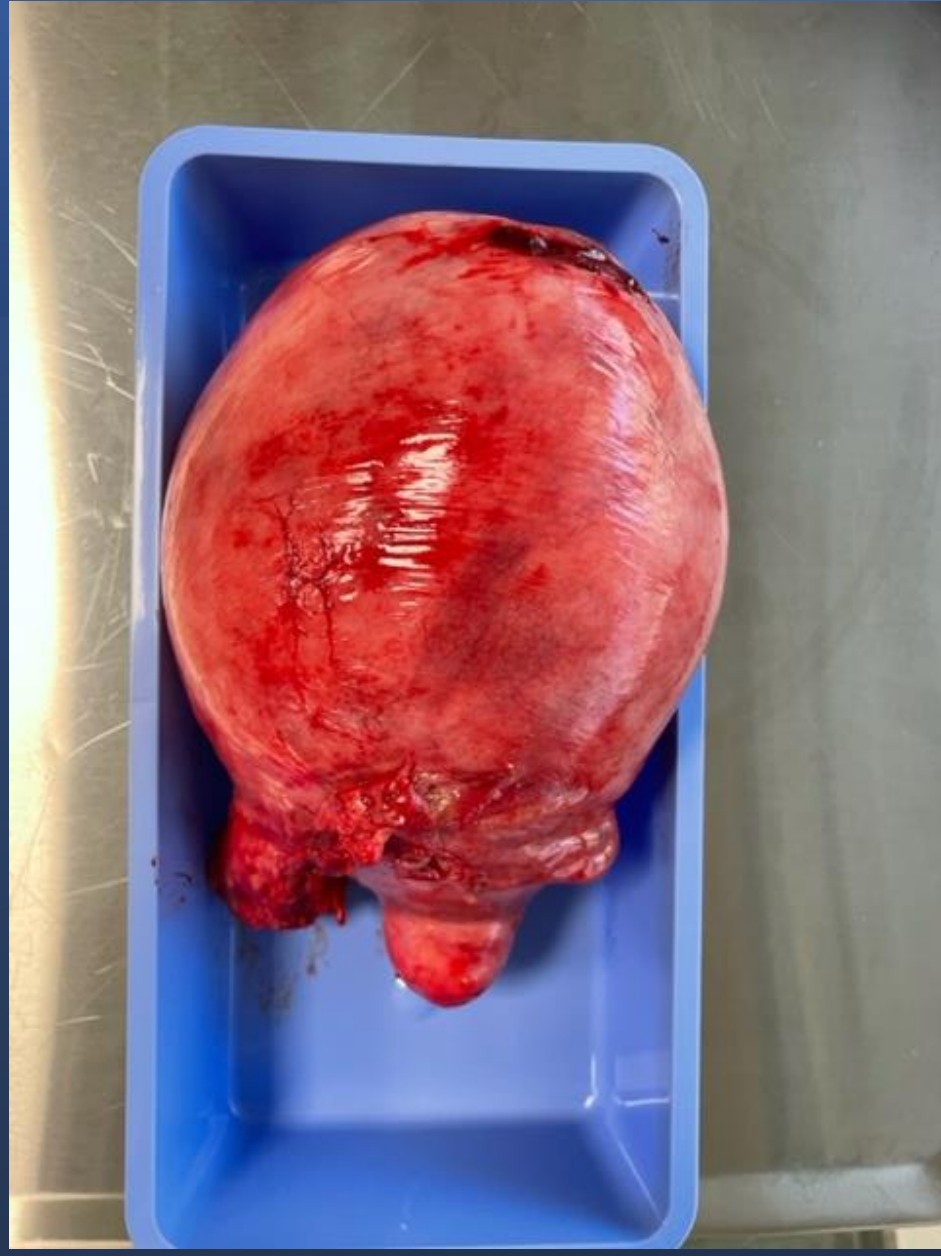
## embolisering/ mikroablation

- 45 år, 2-p, tid sectio
- Anemiserande reg blödning, intramuralt myom 7 cm utan tillväxt, normalt utseende på ultraljud
- stött ut Mirena, po gestagener biverkningar
- Önskar inte hysterektomi
- Remitterad till universitetssjukhus för embolisering/mikroablation
  - Randomiserad studie
- 6 mån kontroll: Normal mens, myom 4 cm, Hb 120

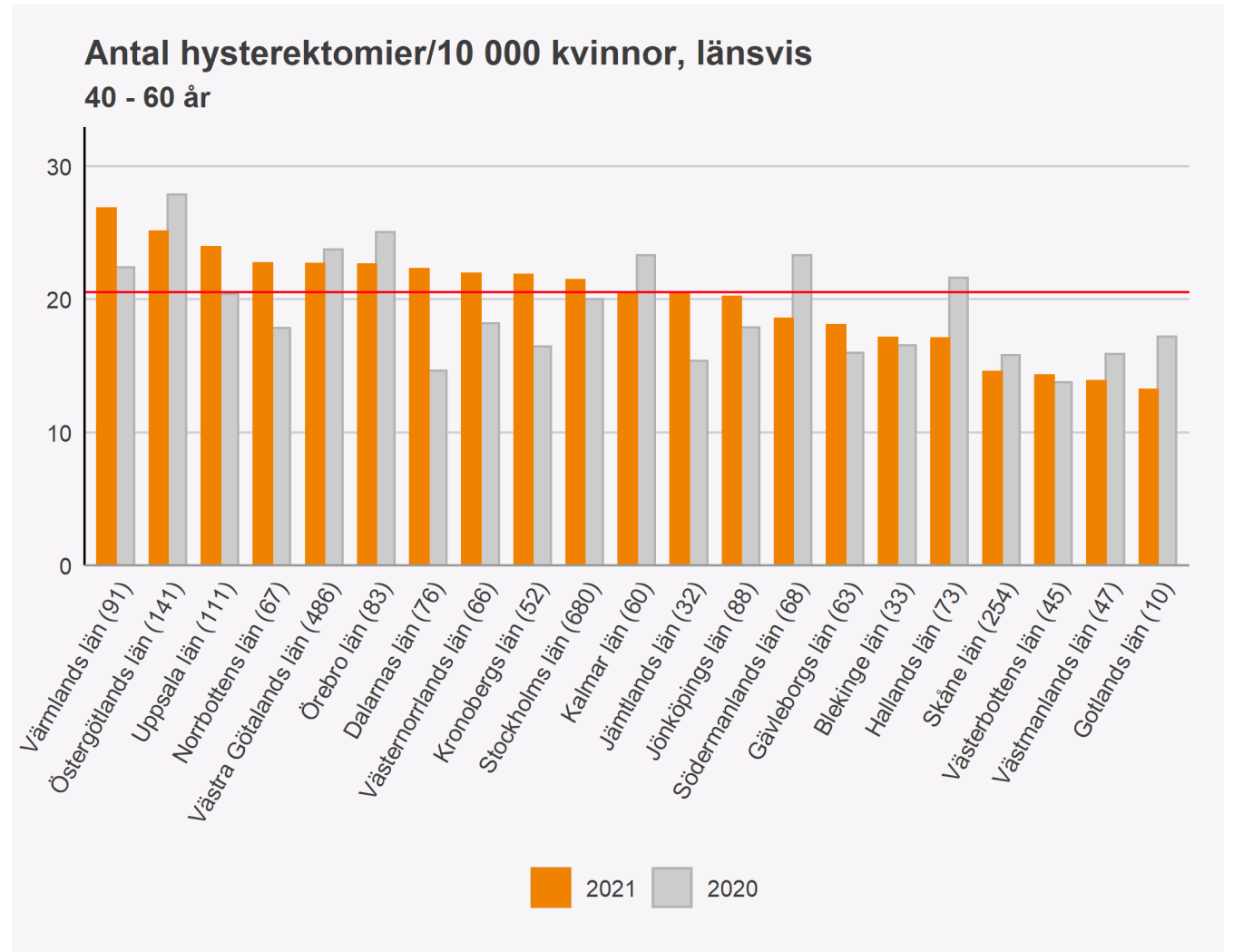
Myomenukleation,  
totalt antal  
operationer per  
sjukvårdsregion år  
2010-2020  
(GynOp)







# Hysterektomi på benign indikation per län



Hur ligger vi till  
internationellt?

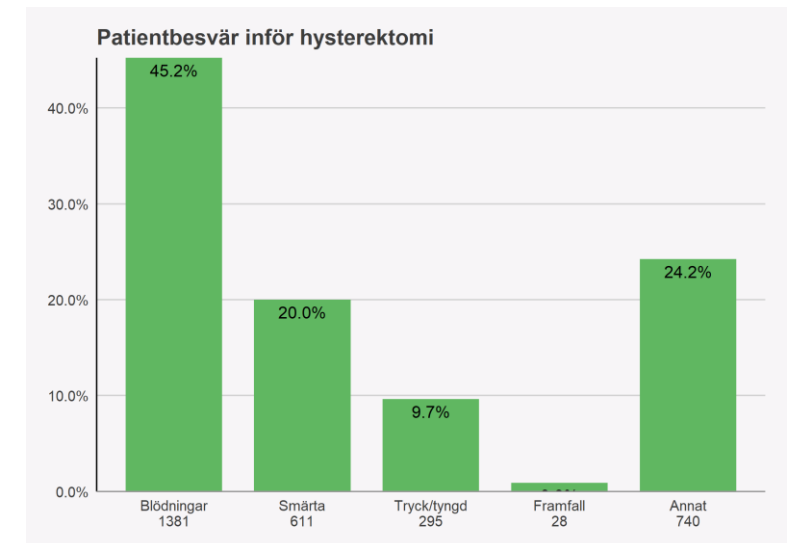
220/100 000  
varken högt eller lågt antal

---



# Hysterektomi på benign indikation

- SFOG:s riktlinjer, enl Grade (Grading of Assessment, Development and Evaluation)
- Antibiotikaprofylax, trombosprofylax
- Konservativa behandlingsmetoder ska ha prövats
  - Medicinska, intrauterin kirurgi, embolisering





# Preoperativ bedömning

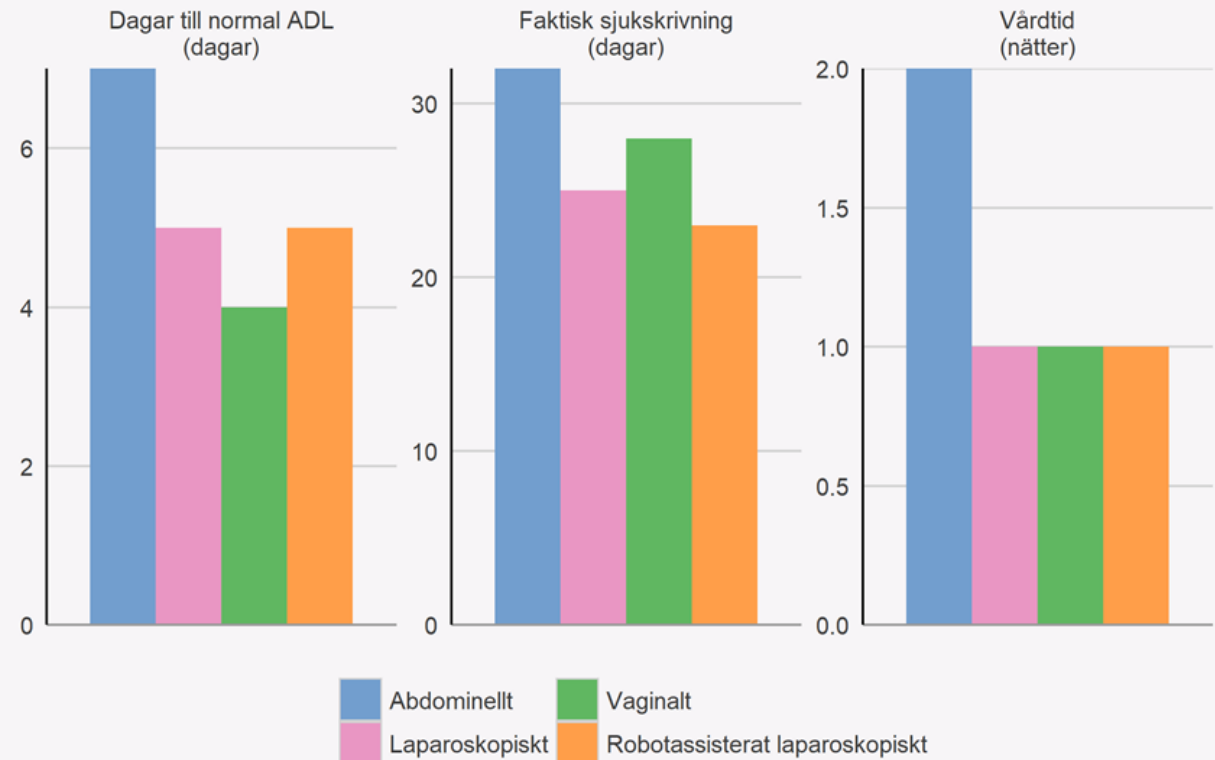
- Storlek, form och mobilitet av livmodern, vaginal åtkomlighet, bukhålans utrymme
- Eventuella behov av ytterligare kirurgi i bäckenet/bukhålan
- Tidigare gynekologisk och obstetrisk anamnes, tidigare kirurgi
- Kvinnans vikt och hälsa
- Patientens preferens
- Gynekologens utbildning, expertis, faciliteter och tillgång till utrustning

# HUVUDBUDSKAP

## SFOG riktlinjer

- Hysterektomi bör om möjligt utföras med minimalinvasiv teknik
  - Laparoskopisk hysterektomi
  - Robotassisterad laparoskopisk hysterektomi
  - Vaginal hysterektomi

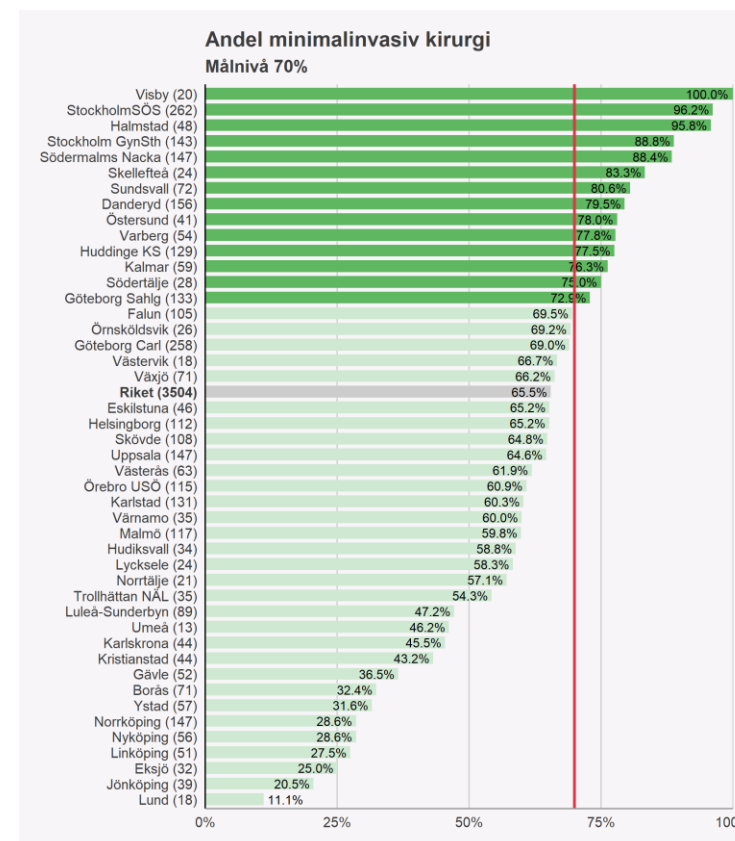
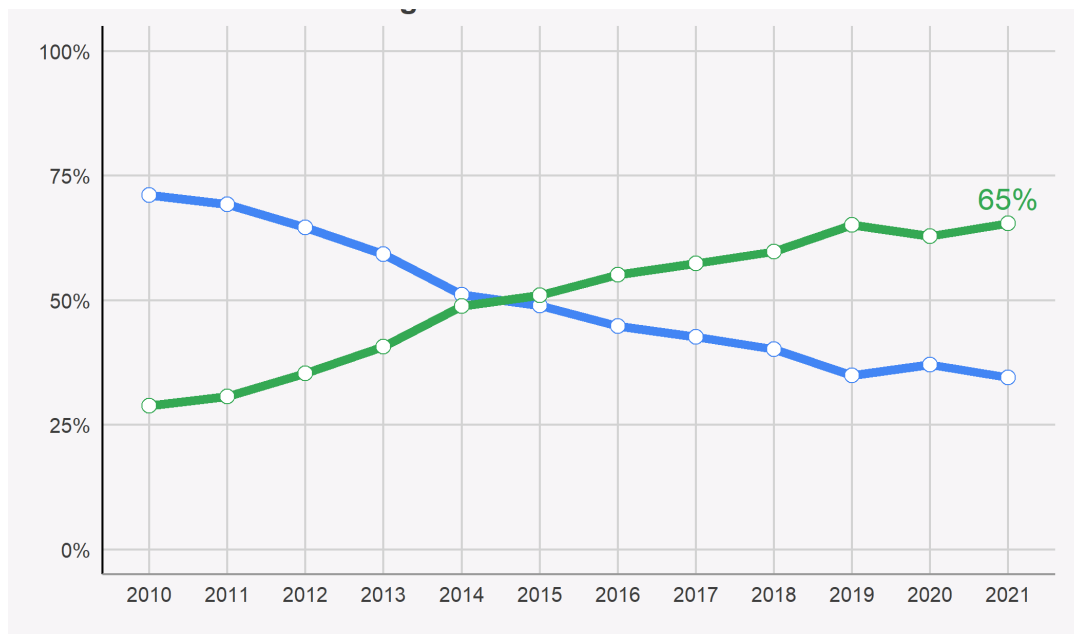
Medianledtider med avseende på primär incision



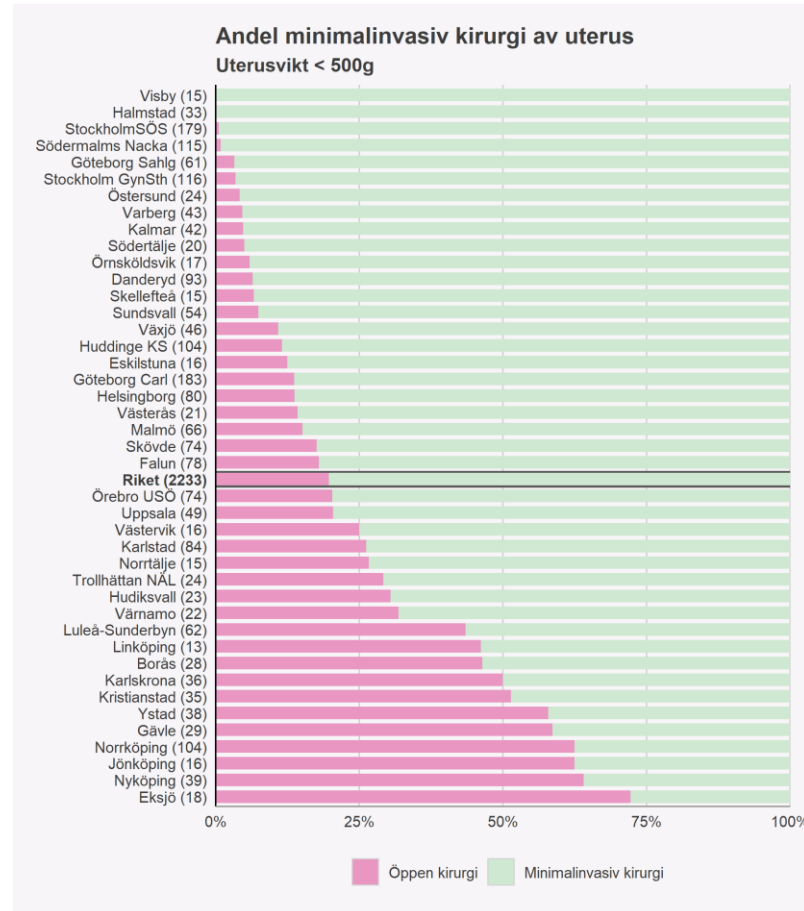
# Andel minimalinvasiv hysterektomi

Målnivå enligt Socialstyrelsen: 70%

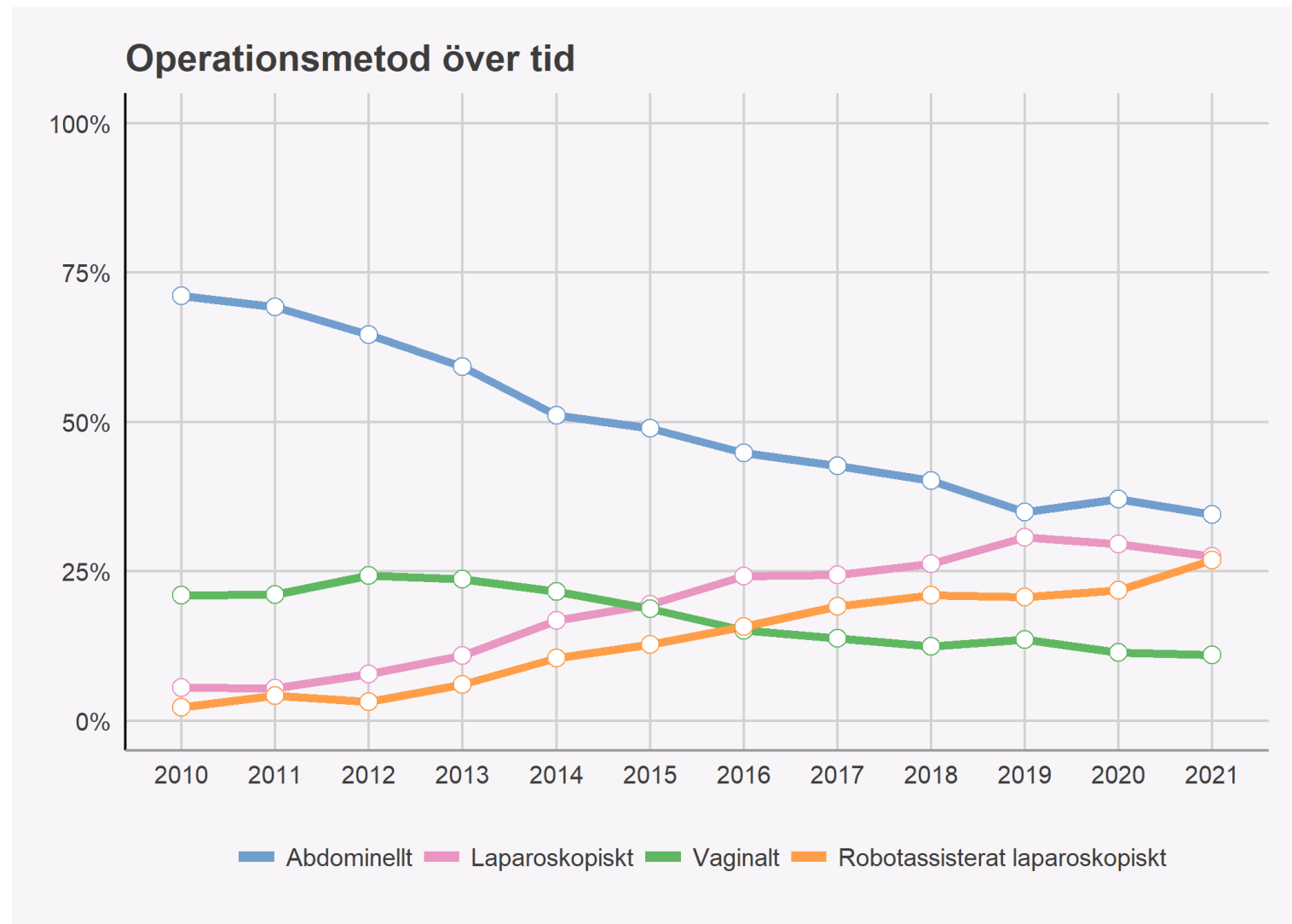
De minimalinvasiva teknikerna är ojämnt fördelade över riket



# Andelen minimalinvasiv hysterektomi borde kunna öka vid uterusvikt mindre än 500 g

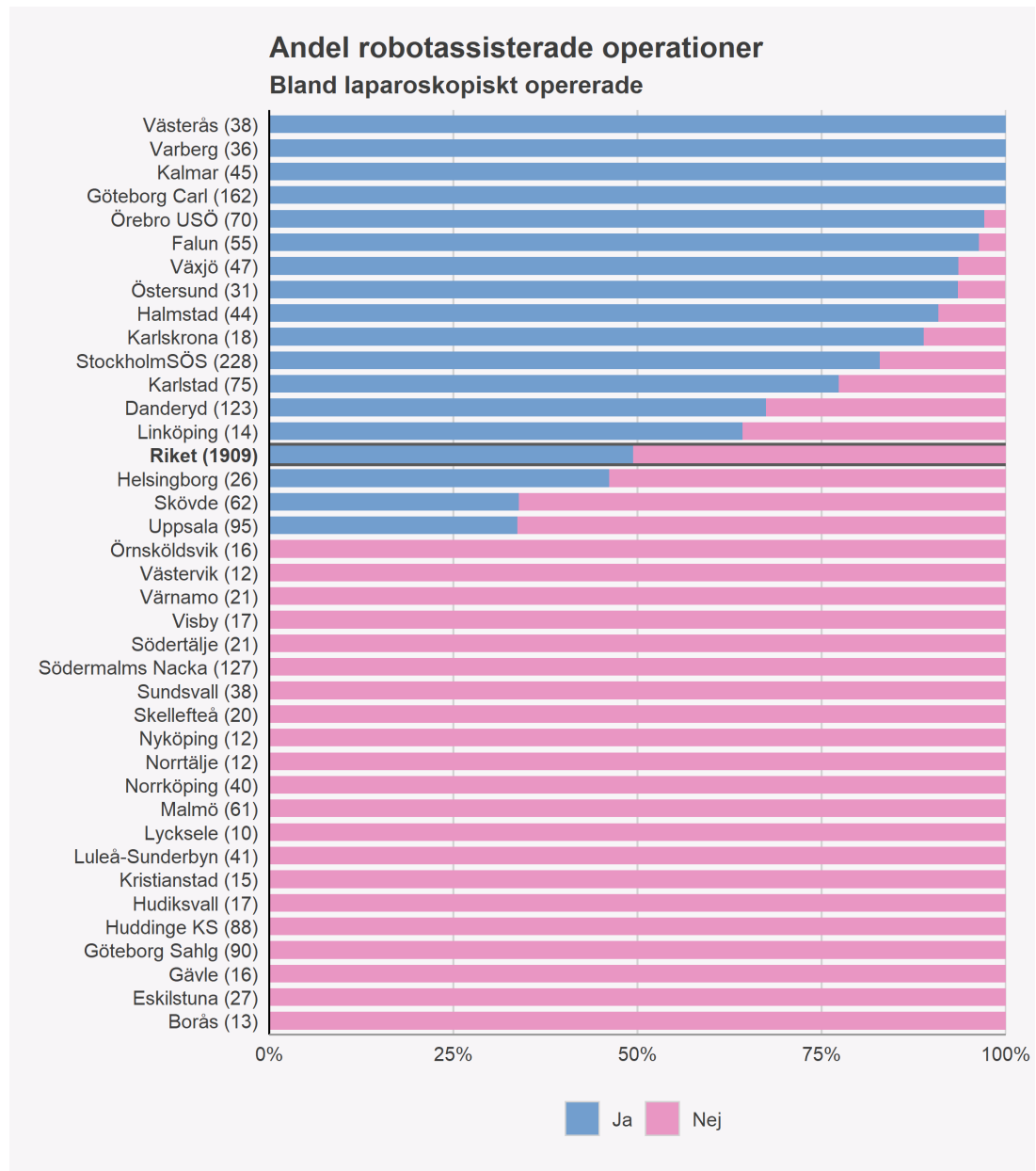


## Hysterektomitekniker i Sverige 2010-2021

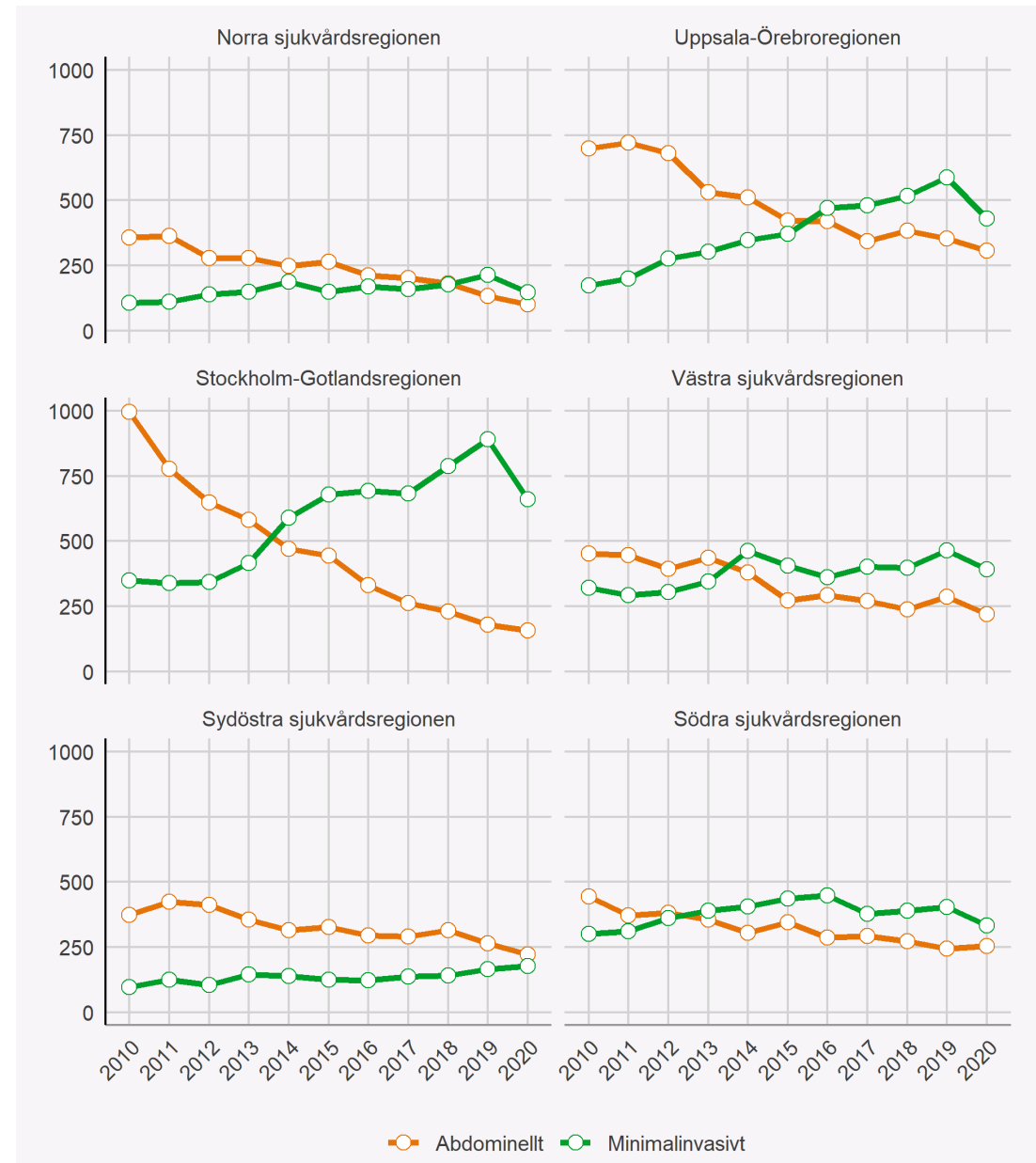


# Andel laparoskopiska hysterektomier med eller utan robotassistans

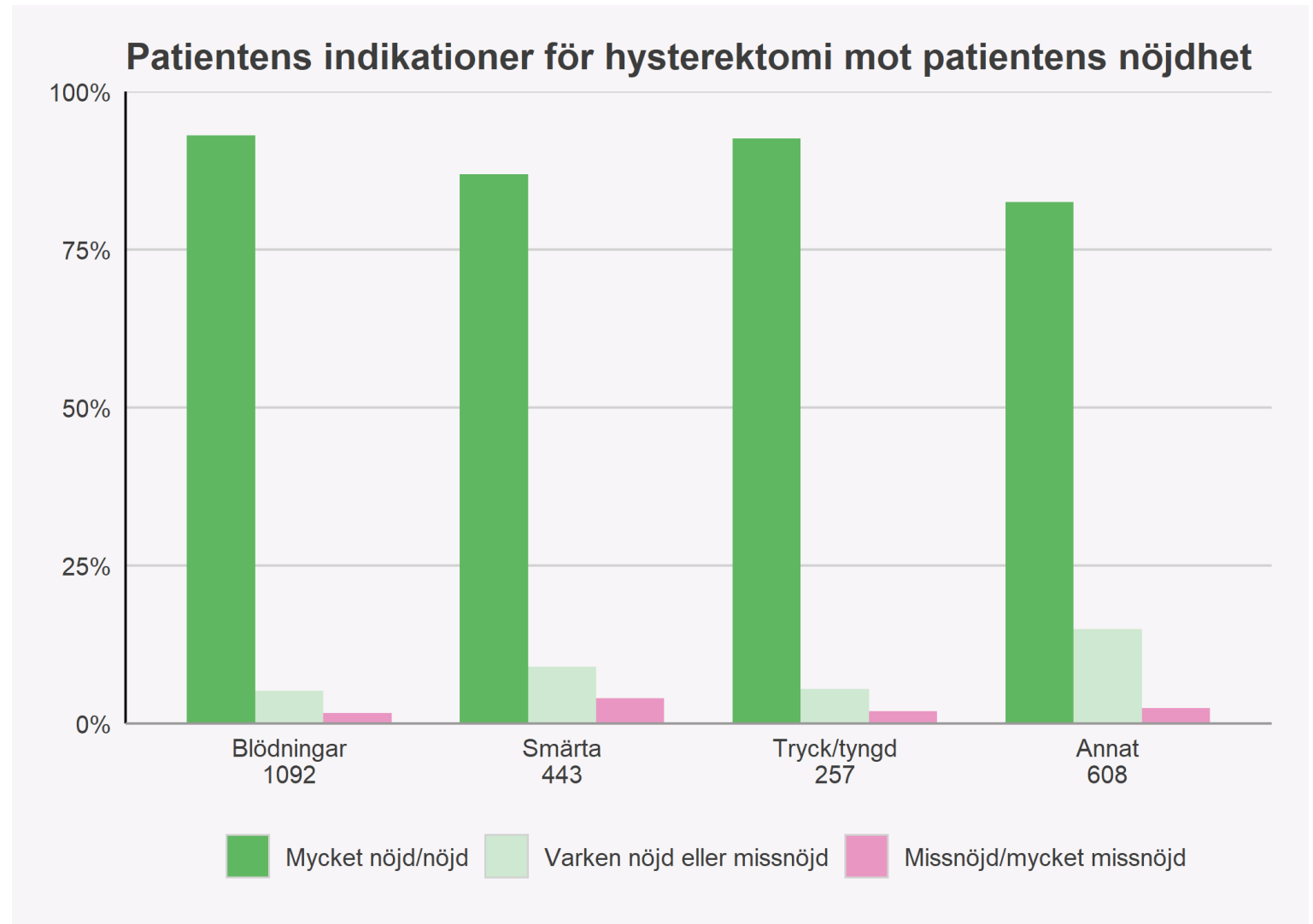
2021: 40%  
2020: 33 %



# Abdominell respektive minimalinvasiv hysterektomi per sjukvårdsregion 2010-2020



Kvinnorna är  
nöjda







FRÅGOR?