

Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2021

Författare:

Ida Bergman

Registeransvarig för delregistret
för rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi
MD, PhD, Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Jessica Edlund, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2022-04-25



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Inledning.....	1
Summering av datakvalitet.....	2
Utförda operationer	2
Dagkirurgiska ingrepp	6
Operationsmetoder och volym per kirurg	8
Demografi.....	11
Ålder	11
BMI	12
ASA-klass	13
Preoperativt prolapsstadium	14
Primär- kontra recidivoperationer	15
Resultat – alla prolapsoperationer	16
Globuskänsla ett år postoperativt.....	16
Nöjdhet ett år postoperativt.....	17
Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt.....	18
Patientinformation	19
Sjukskrivning.....	20
Främre plastik.....	22
Bakre plastik och perinealkroppsplastik.....	26
Apikal defekt.....	30
Vaginal nätkirurgi	33
Sekundär analsfinkterrekonstruktion.....	36
Avslutande kommentarer.....	37
Ordlista	38
Referenser	40

Inledning

Nedan följer årsrapporten som innefattar rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. I årsrapporten ingår prolapsoperationer, perinealkroppsrekonstruktioner och sekundära analsfinkterrekonstruktioner. Totalt 150 kombinerade prolaps- och inkontinensoperationer gjordes under år 2021, dessa är exkluderade i denna rapport.

Läsaren bör som vanligt ha i åtanke att produktionsdata (till exempel antal operationer) och komplikationsdata inom 8 veckor avser patienter som opererats under det gångna kalenderåret (2021). Däremot redovisar ettårsresultaten hur det gått för de kvinnor vi opererat under kalenderåret 2020.

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-åring 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 I årets rapport har vi istället valt att redovisa demografiska variabler som ålder, BMI och preoperativt prolapsstadium per klinik.

Valet av operationsmetod vid apikal prolaps är fortsatt ett omdiskuterat ämne. UR-ARG är så gott som klar med att sammanställa SFOG-råd kring ämnet. Vi fortsätter i denna rapport med att redovisa hur olika klinikerna runtom i Sverige gör och hur trenden gällande de olika metodernas popularitet sett ut senaste 10 åren.

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

Summering av datakvalitet

GynOp har tagit fram en interaktiv rapport, som finns på hemsidan <https://statistik.incanet.se/gynop/>. I den rapporten framgår varje delregisters täckningsgrad (antal operationer registrerade i GynOp i jämförelse med antal registrerade operationer i Patientregistret hos Socialstyrelsen). Per klinik redovisas bland annat andel utskickade enkäter och svarsfrekvenser för enkäterna. Sammanfattningsvis är saknade uppgifter inte ett stort bekymmer vad gäller delregistret "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi".

Nedan listas riksgenomsnitt för några viktiga datakvalitetsaspekter:

- Endast 6% av operationerna som är registrerade i Socialstyrelsens patientregister saknas i GynOp (uppgiften om täckningsgrad avser operationer utförda år 2020).
- Svarsfrekvensen för den preoperativa enkäten är 92,5%
- Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten är 87,6%
- Svarsfrekvensen för 1-årsenkäten är 89,2% (avser opererade år 2020)

Vi uppmuntrar starkt till att varje klinik granskar hur den ligger till avseende parametrar i den interaktiva datakvalitetsrapporten som ni hittar på GynOps hemsida. Även om helheten är mycket väl godkänd bör vissa kliniker se över sina rutiner.

Utförda operationer

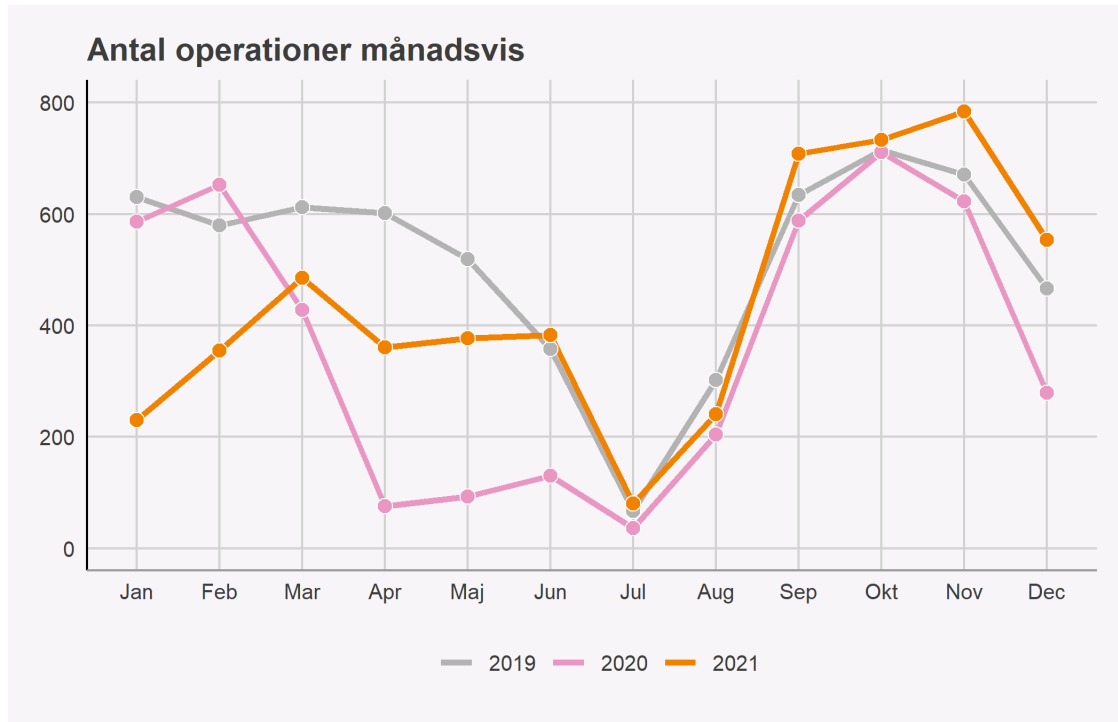
I tabellen nedan redovisas totala antalet rekonstruktiva bäckenbottenoperationer under senaste åren.

Tabell 1. Antal registrerade bäckenbottenoperationer under de senaste fyra åren

År	Antal
2018	6014
2019	6187
2020	4431
2021	5326

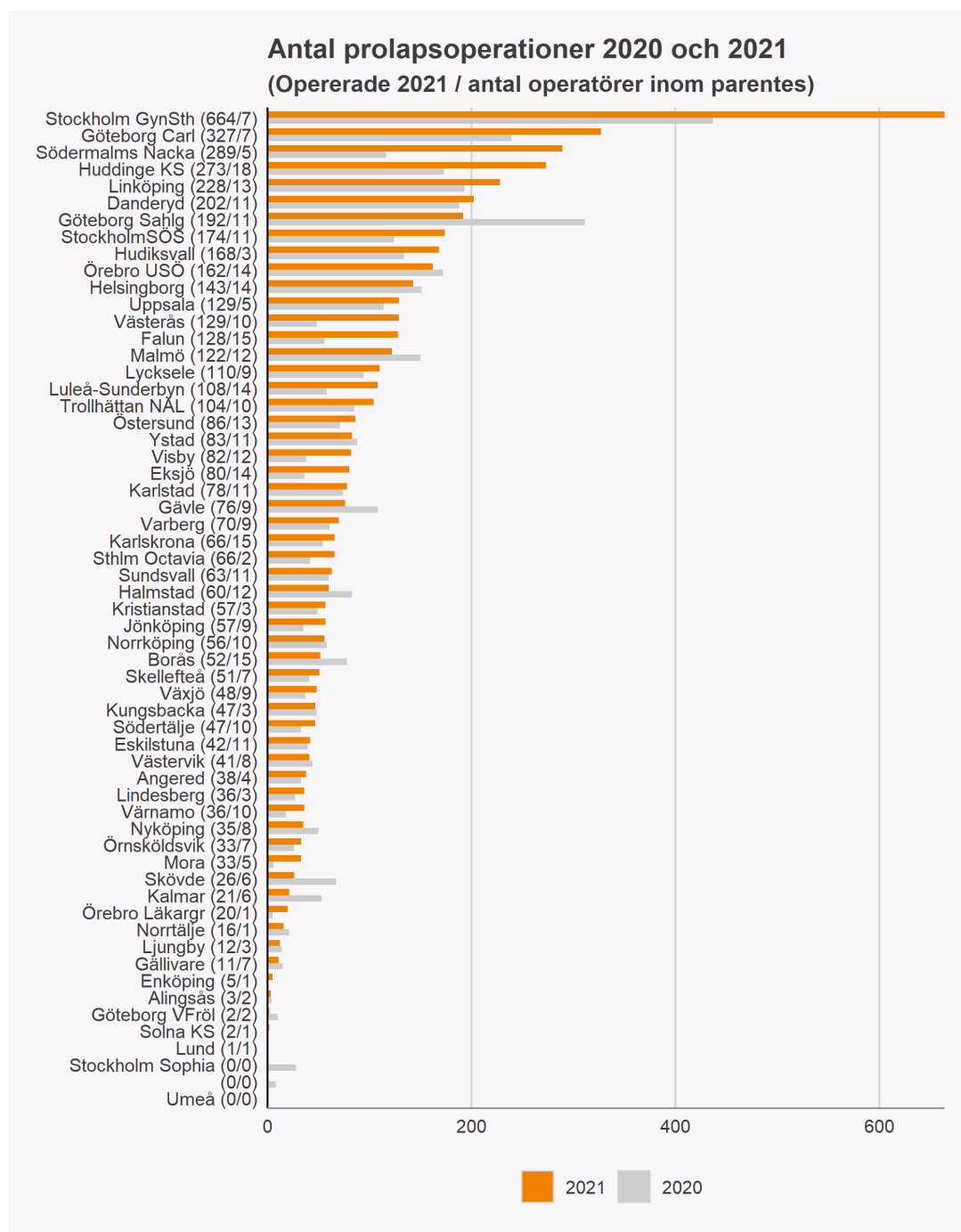
I figuren nedan ser vi pandemins effekt på antalet operationer månadsvis för 2019–2021.

Pandemins undanträngningseffekt på framfallskirurgin framgår tydligt. Under slutet av år 2021 verkar Sverige dock ha ökat sin operationsvolym något jämfört med hur mycket vi brukar operera i september-december.

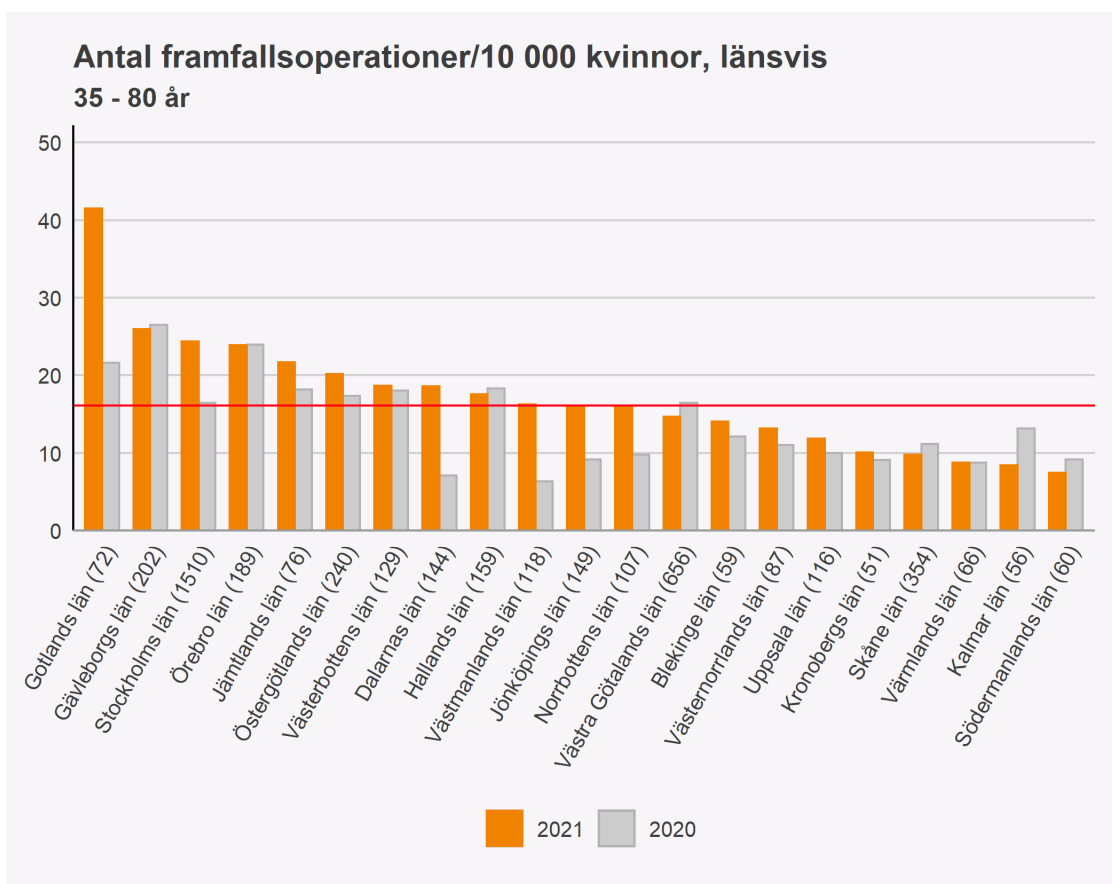


Figur 1. Antal operationer månadsvis.

Figuren nedan illustrerar totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med år 2020.

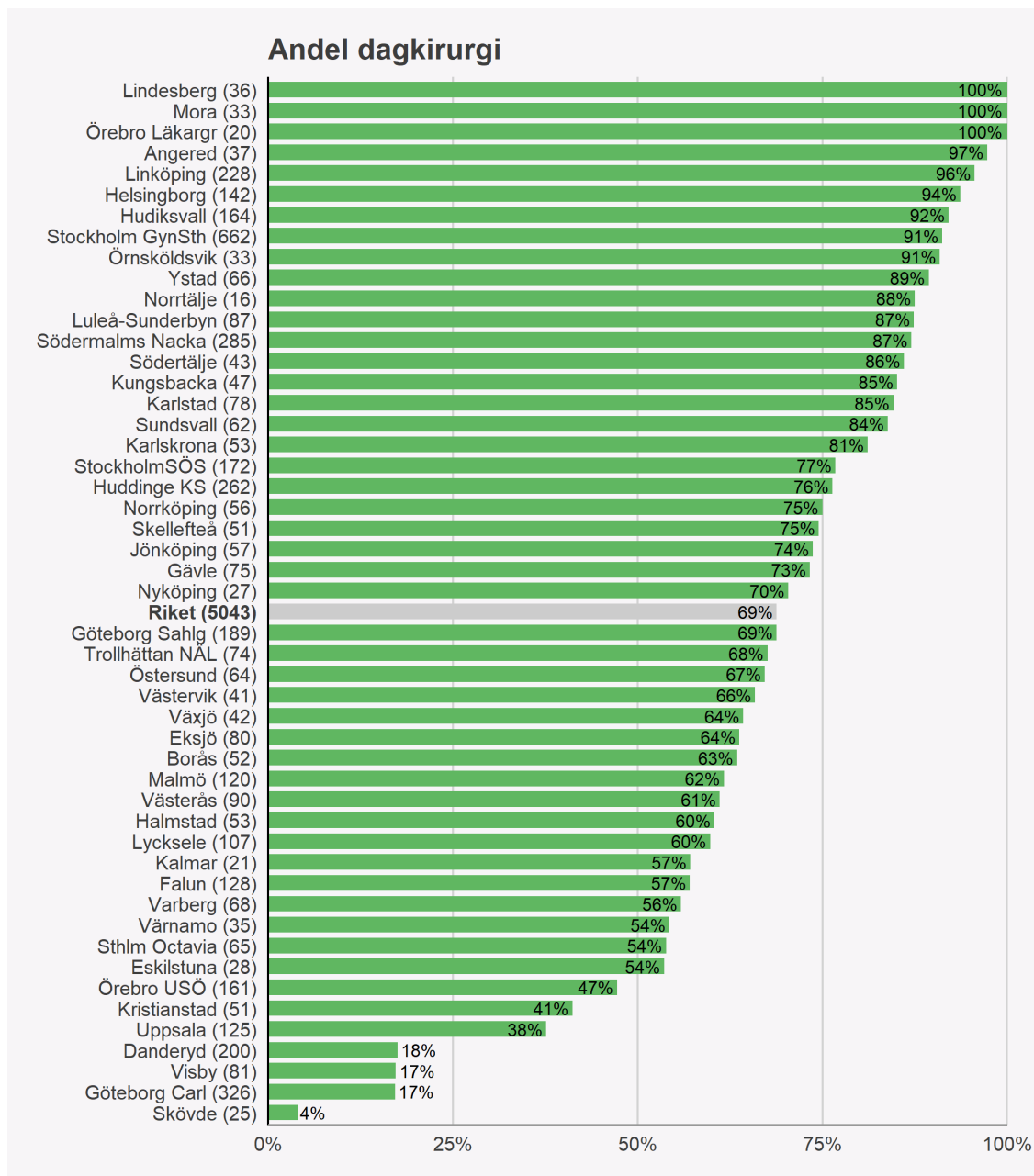


Figur 2. Antal prolapsoperationer år 2020 och 2021.

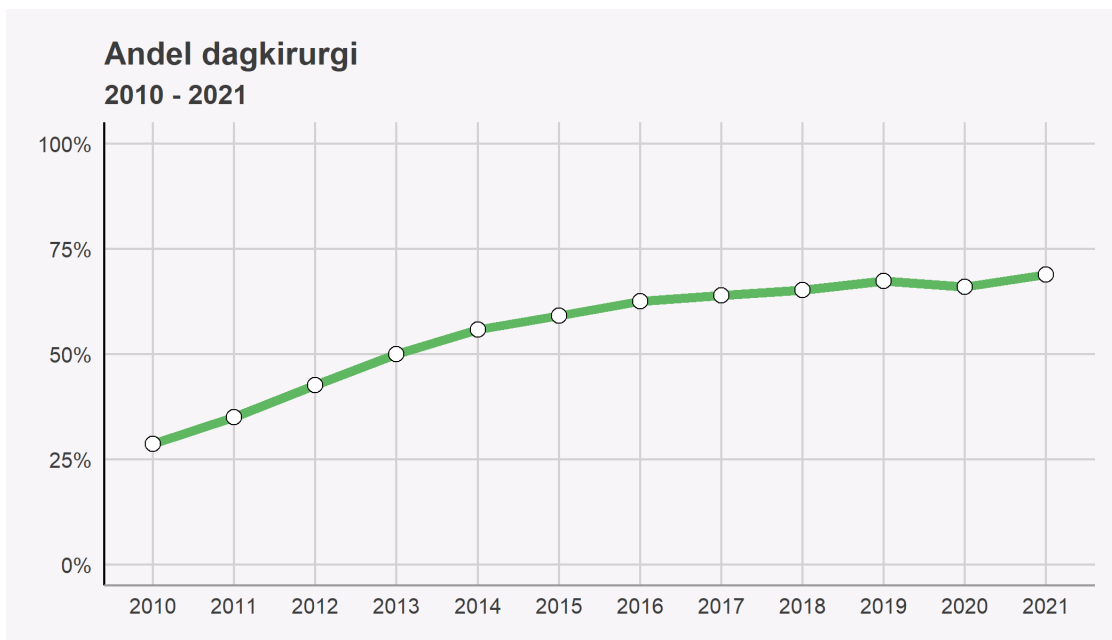


Figur 3. Antal framfallsoperationer per 10 000 kvinnor, länsvis (ålder 35–80 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2020. Inom parentes visas antalet opererade för 2020 (Data är standardiserat mot ålder i 5-årsintervall).

Dagkirurgiska ingrepp



Figur 4. Andel dagkirurgi. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

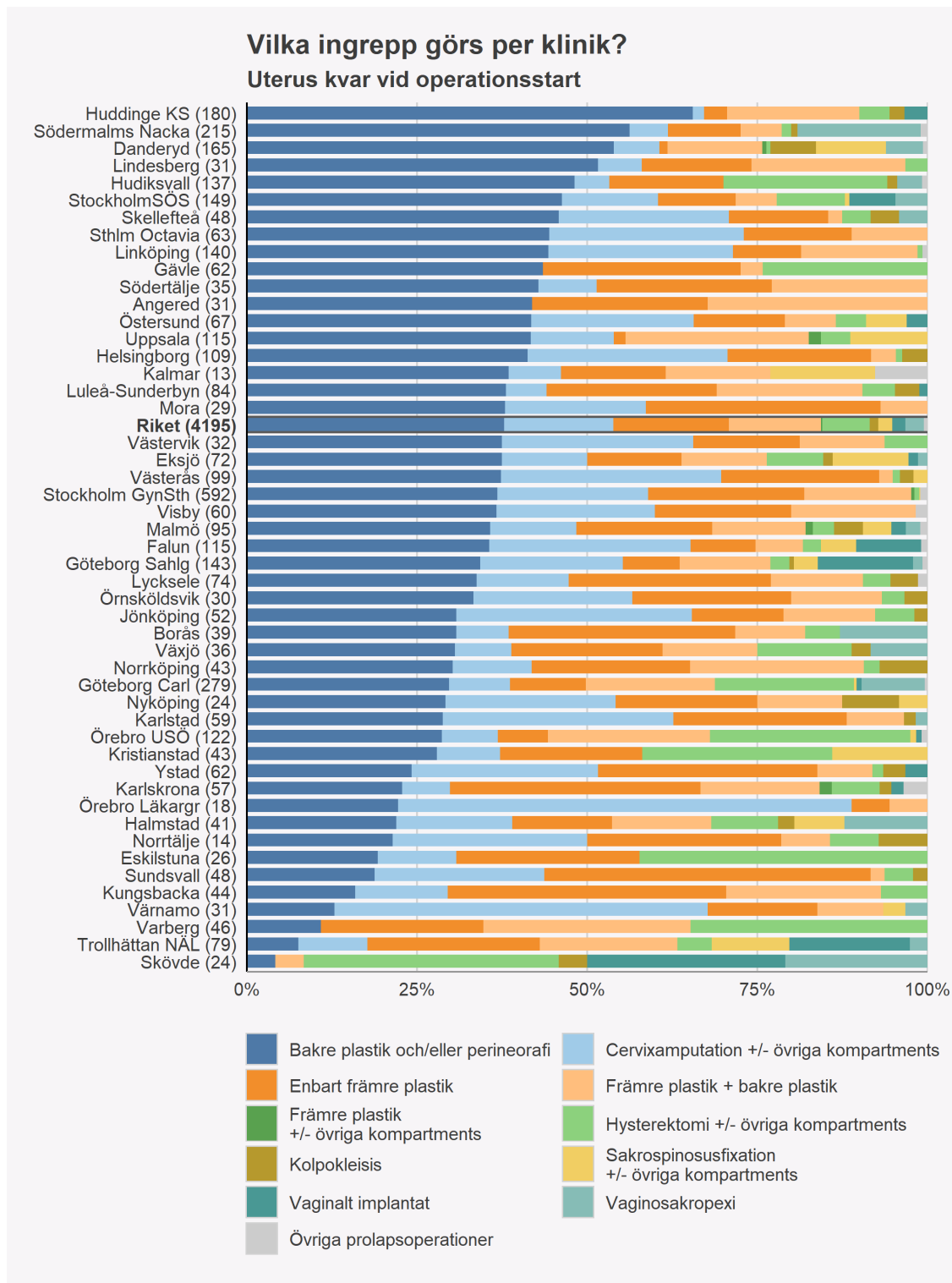


Figur 5. Andel dagkirurgi 2010 - 2021. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

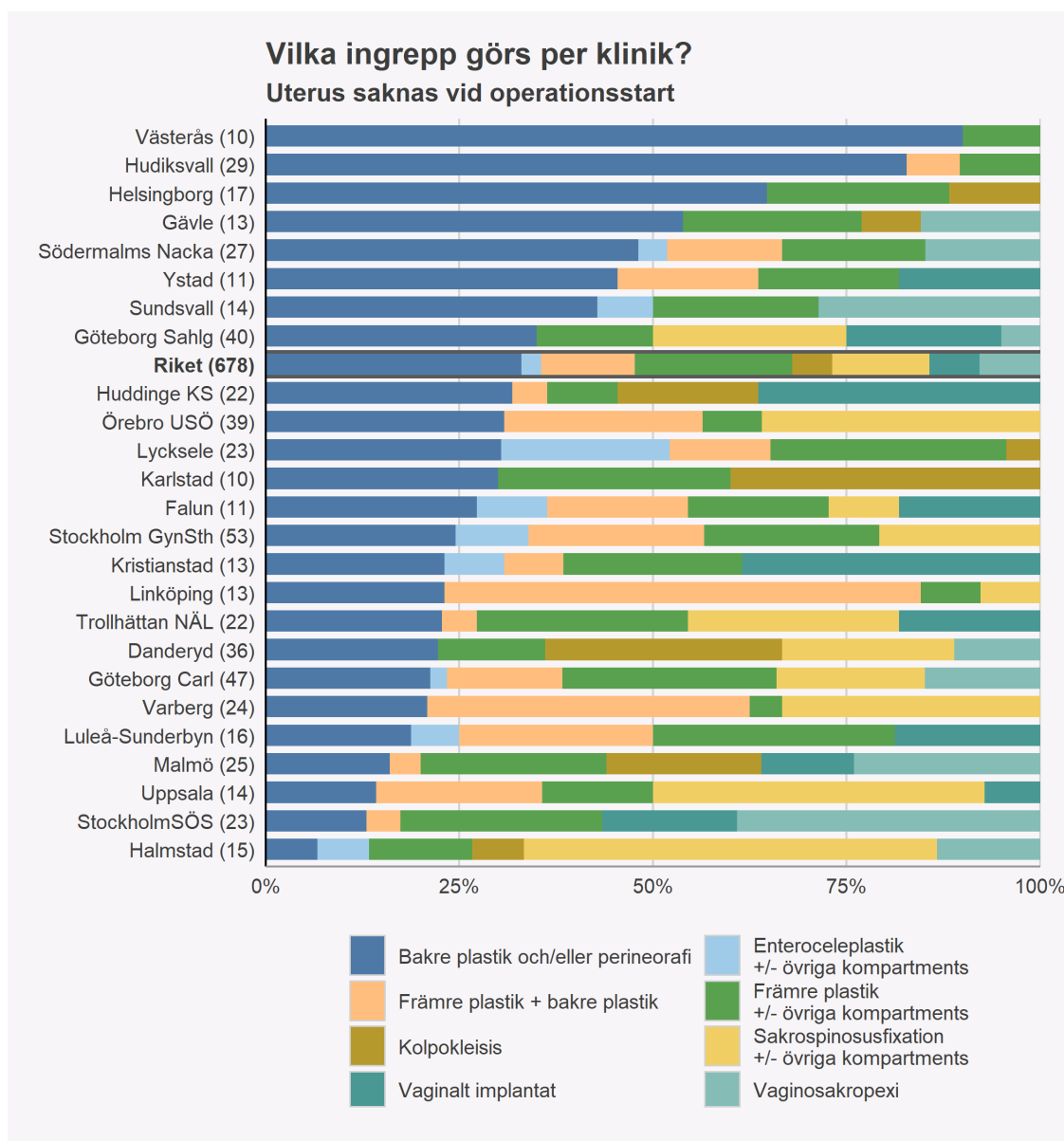
Dagkirurgin verkar under 2021 ha ökat ytterligare och nådde nu nästan 75%-strecket.

Operationsmetoder och volym per kirurg

Nedan redovisas vilka ingrepp som görs på de olika klinikerna uppdelat på om livmodern finns kvar eller ej vid operationsstart. "Övriga operationer" kan till exempel vara sfinkterrekonstruktion, plissering av sakrouterinligament eller enteroceleplastik.

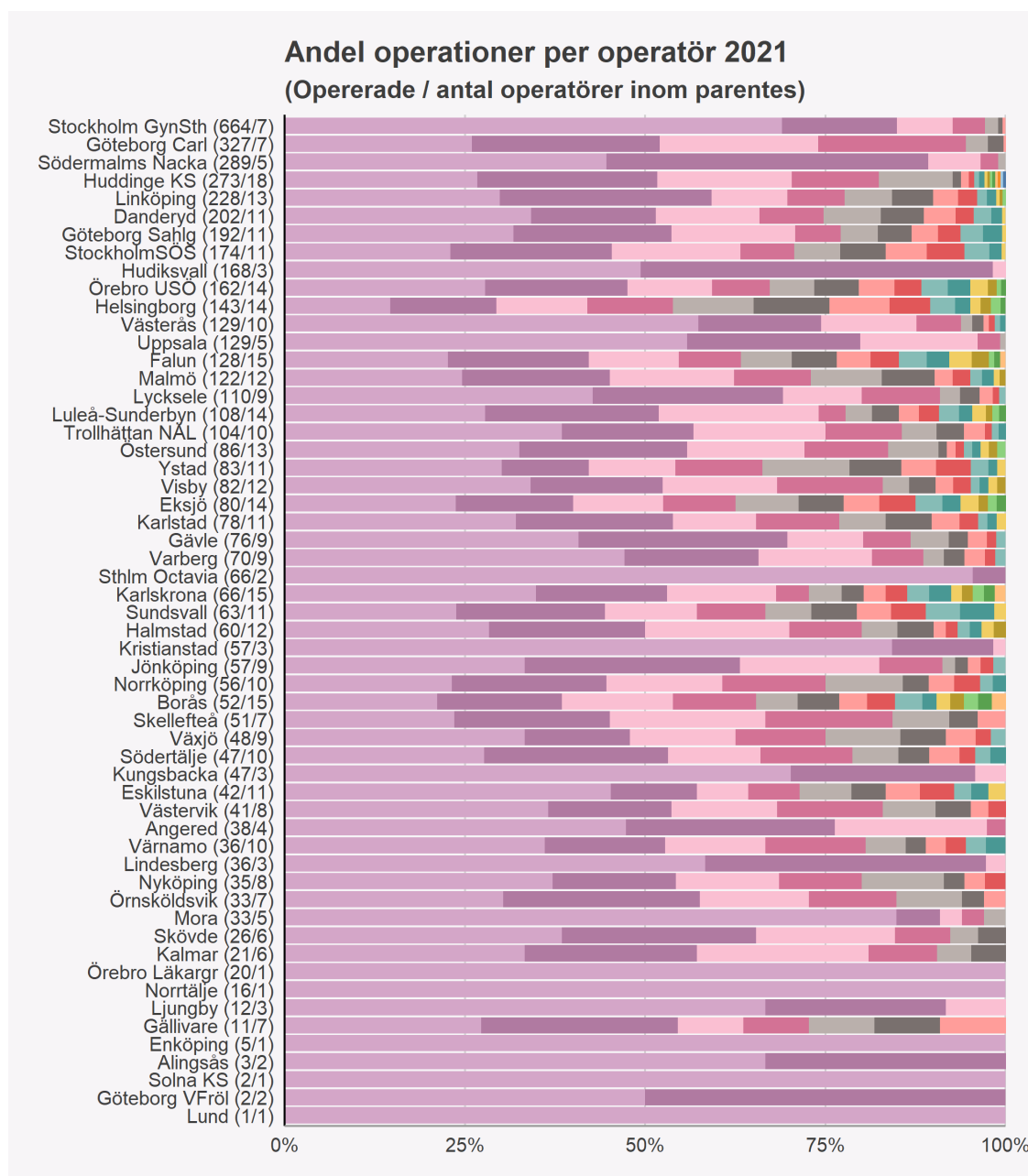


Figur 6. Vilka ingrepp görs per klinik? Livmodern kvar vid operationsstart.



Figur 7. Vilka ingrepp görs per klinik? Livmodern saknas vid operationsstart.

Vi har även valt att redovisa hur många operatörer det finns registrerade per klinik och hur stor andel av klinikkens operationer varje operatör är huvudansvarig för. Kliniker med många vackra regnbågsfärger är sannolikt kliniker med ST-läkaruppdrag där en specialist i de flesta fallen instruerar.



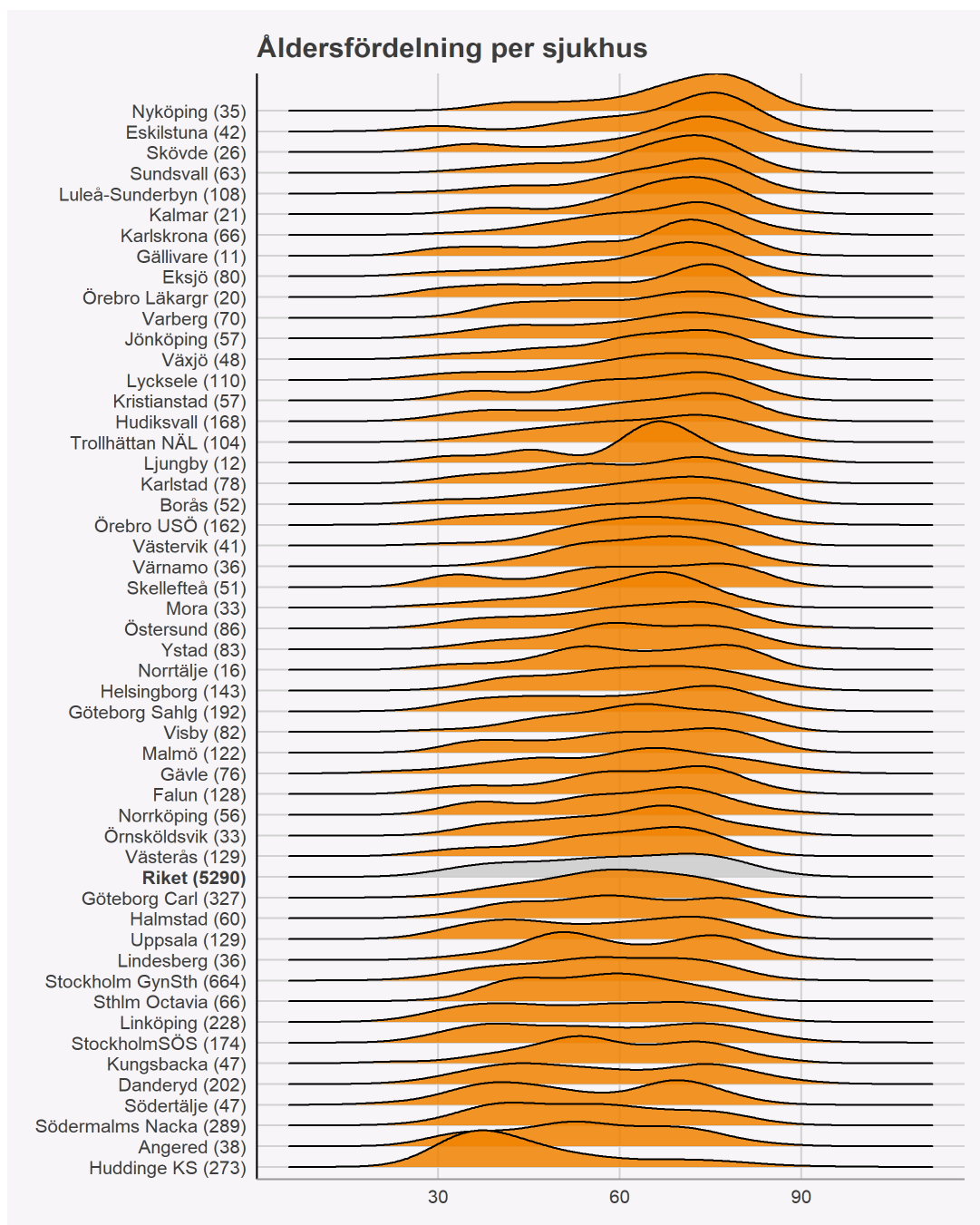
Figur 8. Andel operationer per operatör år 2021. Varje operatör representeras av en färg i klinikkens stapel.

Demografi

I detta kapitel vill vi ge klinikerna en chans att bilda sig en uppfattning om hur populationen de opererat ser ut. Ålder, BMI, funktionsnivå, om det är primär- eller recidivoperation och preoperativt prolapsstadium kan spela roll för utfallet.

Ålder

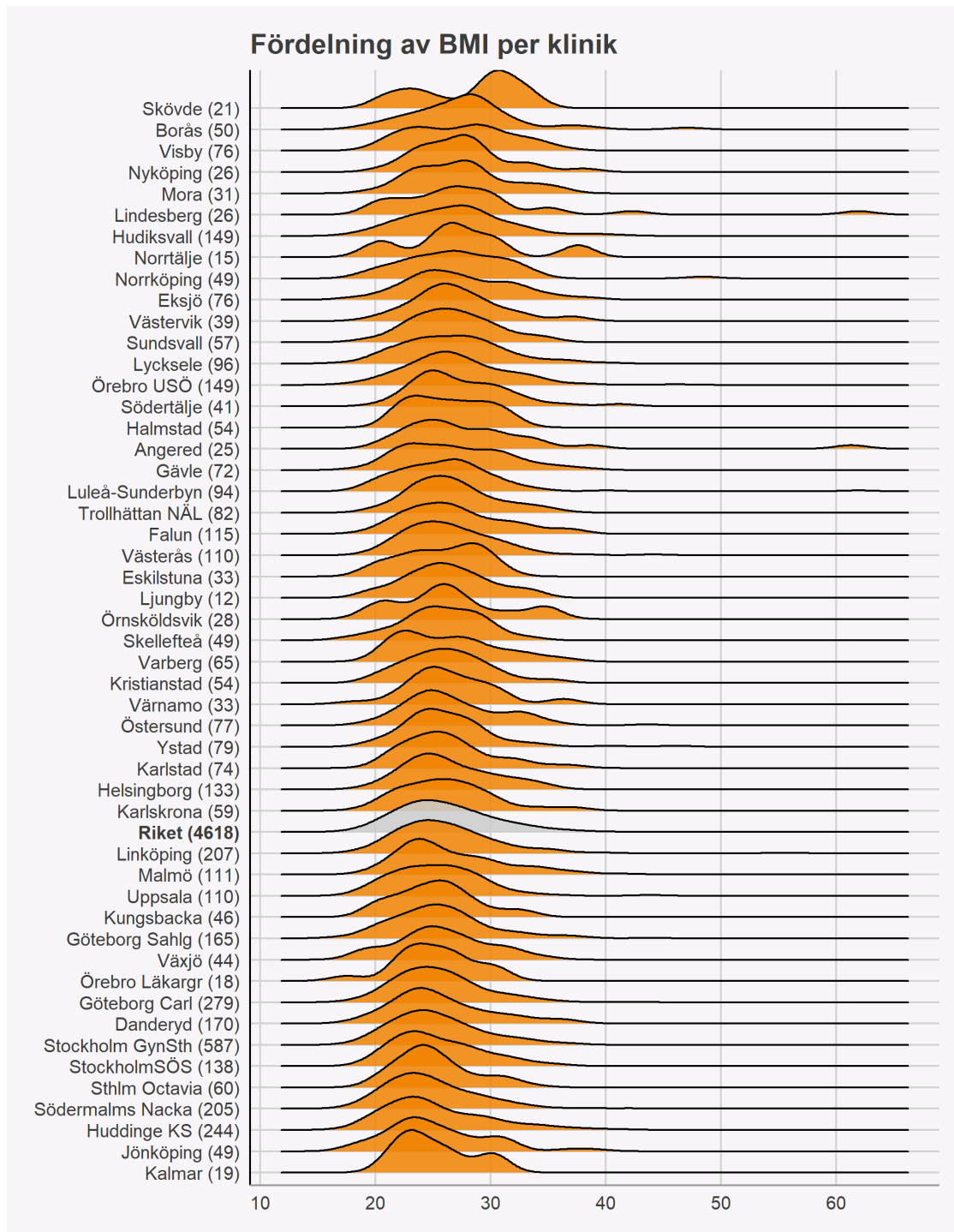
Sett över riket verkar vi ha en ganska jämn fördelning av kvinnor i åldrarna mellan 35 och 85 år. Vissa kliniker har en tydlig puckel med yngre patienter där det sannolikt rör sig om åtgärder av fellästa perinealskador. Gällande prolaps har det i tidigare studier visats att ålder verkar korrelera omvänt med subjektivt bot, det vill säga yngre kvinnor har kvarstående besvär och är mindre nöjda jämfört med äldre kvinnor.^{2,4}



Figur 9. Åldersfördelning per sjukhus

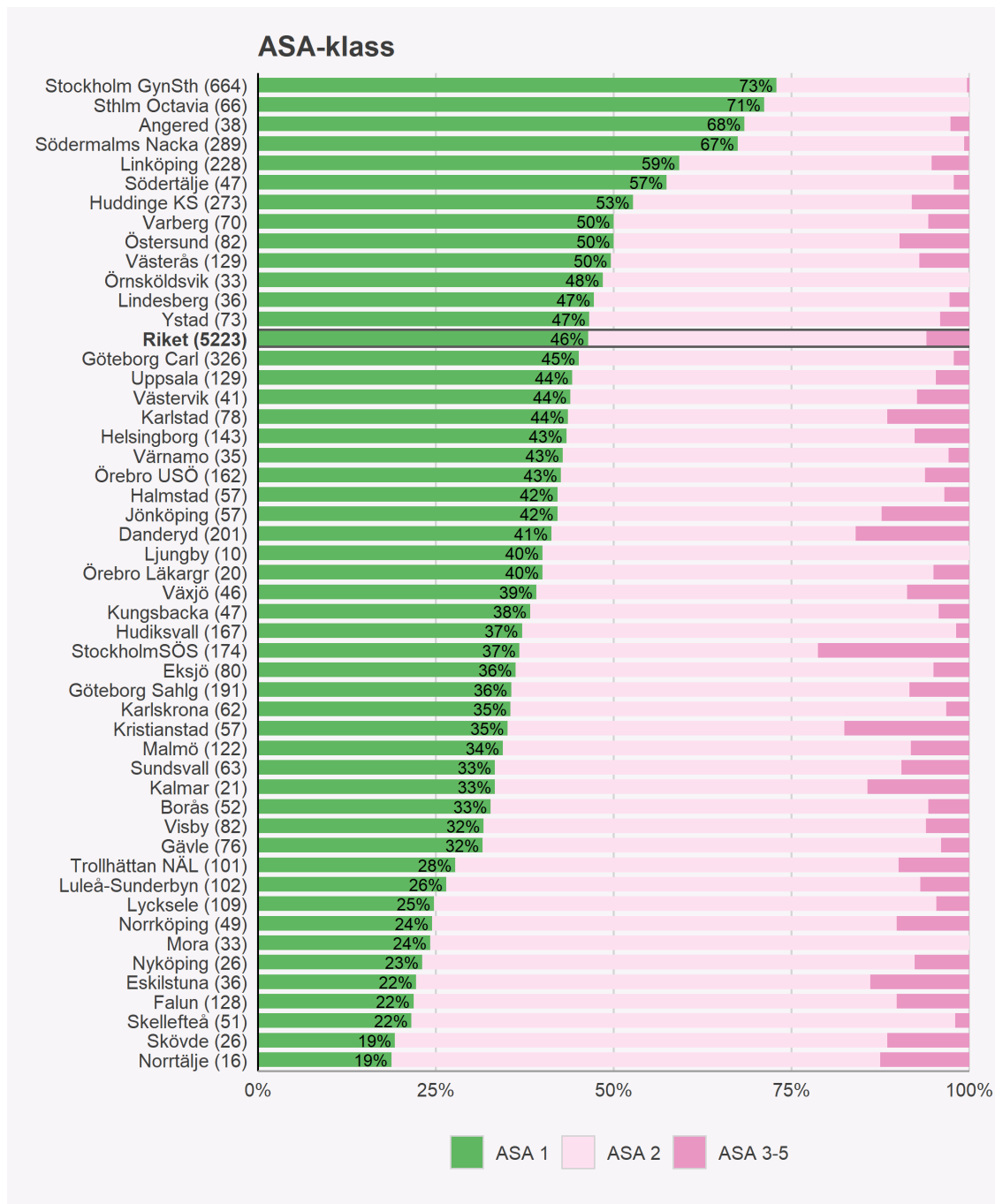
BMI

Högt BMI är dels en riskfaktor för komplikationer i samband med kirurgi men ökar även risken för recidiv efter prolapskirurgi⁴⁻⁶. Distributionen av BMI för riket ligger relativt normalfördelat kring 25 kg/m². BMI-fördelningen per klinik ser relativt lika ut när klinikerna jämförs sinsemellan.



Figur 10. Fördelning av BMI per sjukhus

ASA-klass



Figur 11. ASA-klass

Preoperativt prolapsstadium

Här presenterar vi prolapsstadium enligt POP-Q:s stadielindeklningar.⁷ Prolapsstadium bestäms utifrån det område/kompartiment (framvägg, cervix/vaginaltopp, bakvägg) som leder och hur långt ner området buktar ut i förhållande till slidöppningen när patienten krystar maximalt.

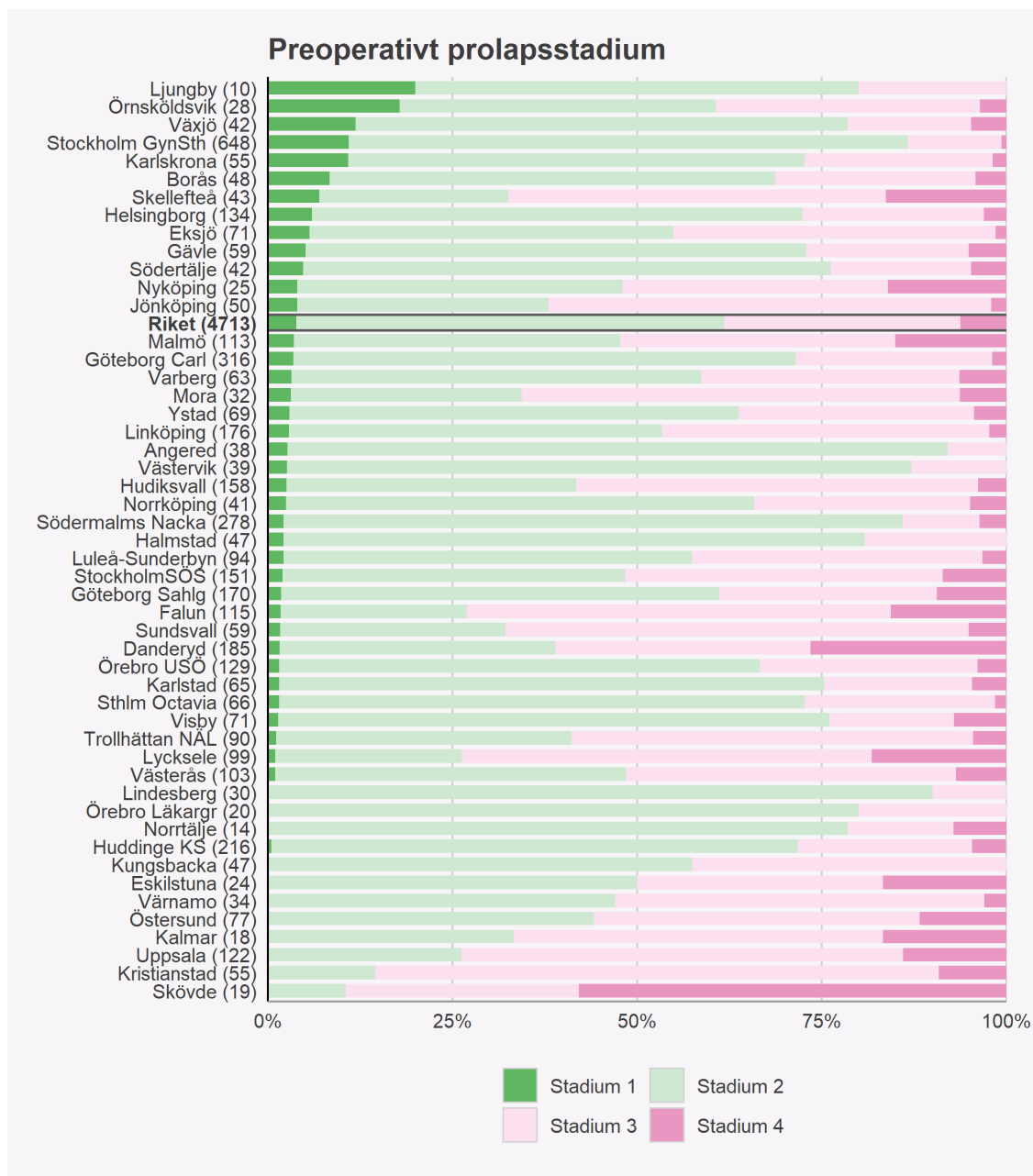
Stadium 1: ledande punkten är mindre än -1 cm.

Stadium 2: lika med -1 till lika med +1.

Stadium 3: mer än +1 till och med +4.

Stadium 4: +5 eller mer.

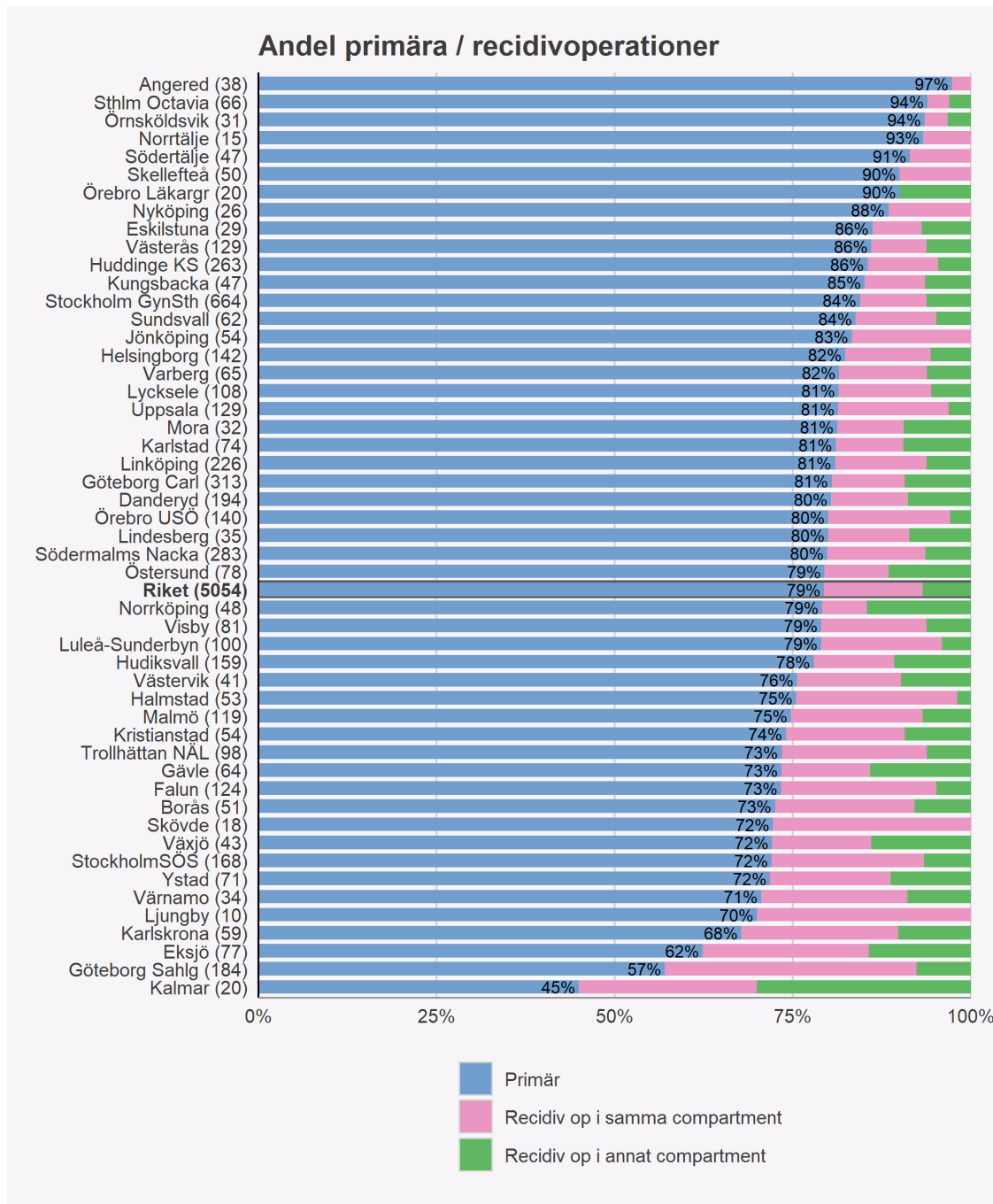
Figuren visar att det finns skillnader mellan klinikerna i hur avancerade prolaps som opereras. Preoperativt prolapsstadium är en betydande riskfaktor för recidiv. Ju mer avancerat stadium desto större är recidivrisken.^{1,2}



Figur 12. Preoperativt prolapsstadium

Primär- kontra recidivoperationer

Figuren visar att samtliga kliniker i Sverige opererar både primär- och recidivoperationer och att skillnaderna i denna fördelning för den absoluta majoriteten av klinikerna inte är påtaglig. Det är mycket viktigt att i anamnesformuläret registrera om operationen är en "ren primäroperation" det vill säga patientens allra första framfallsingrepp. Det är också viktigt att skilja mellan recidivoperation i samma compartment (det vill säga har den tidigare genomförda rekonstruktionen misslyckats) eller om det är en ny del av slidan som buktar fram (vilket ju inte egentligen är ett recidiv).

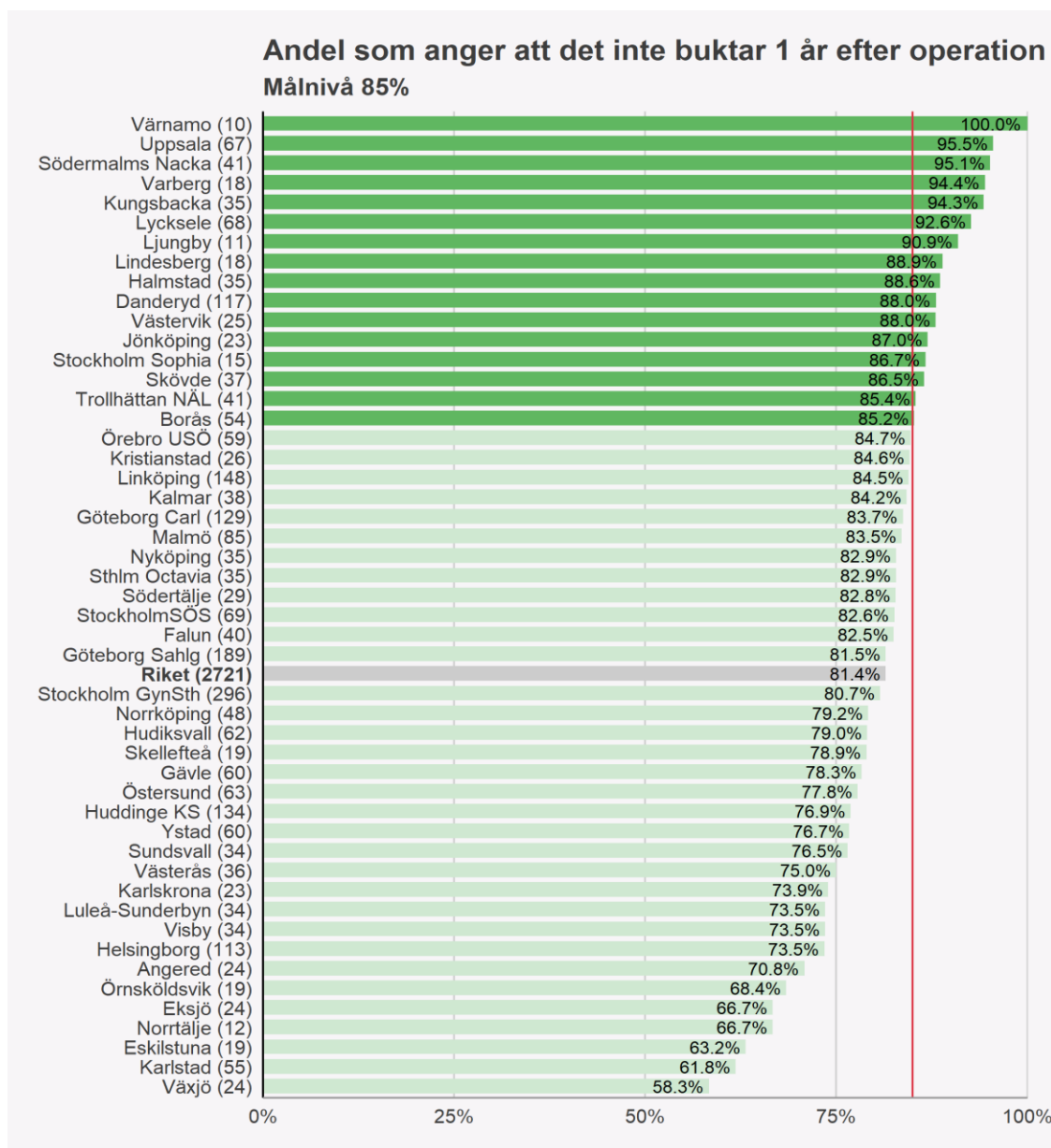


Figur 13. Andel primär-/recidivoperationer

Resultat – alla prolapsoperationer

Globuskänsla ett år postoperativt

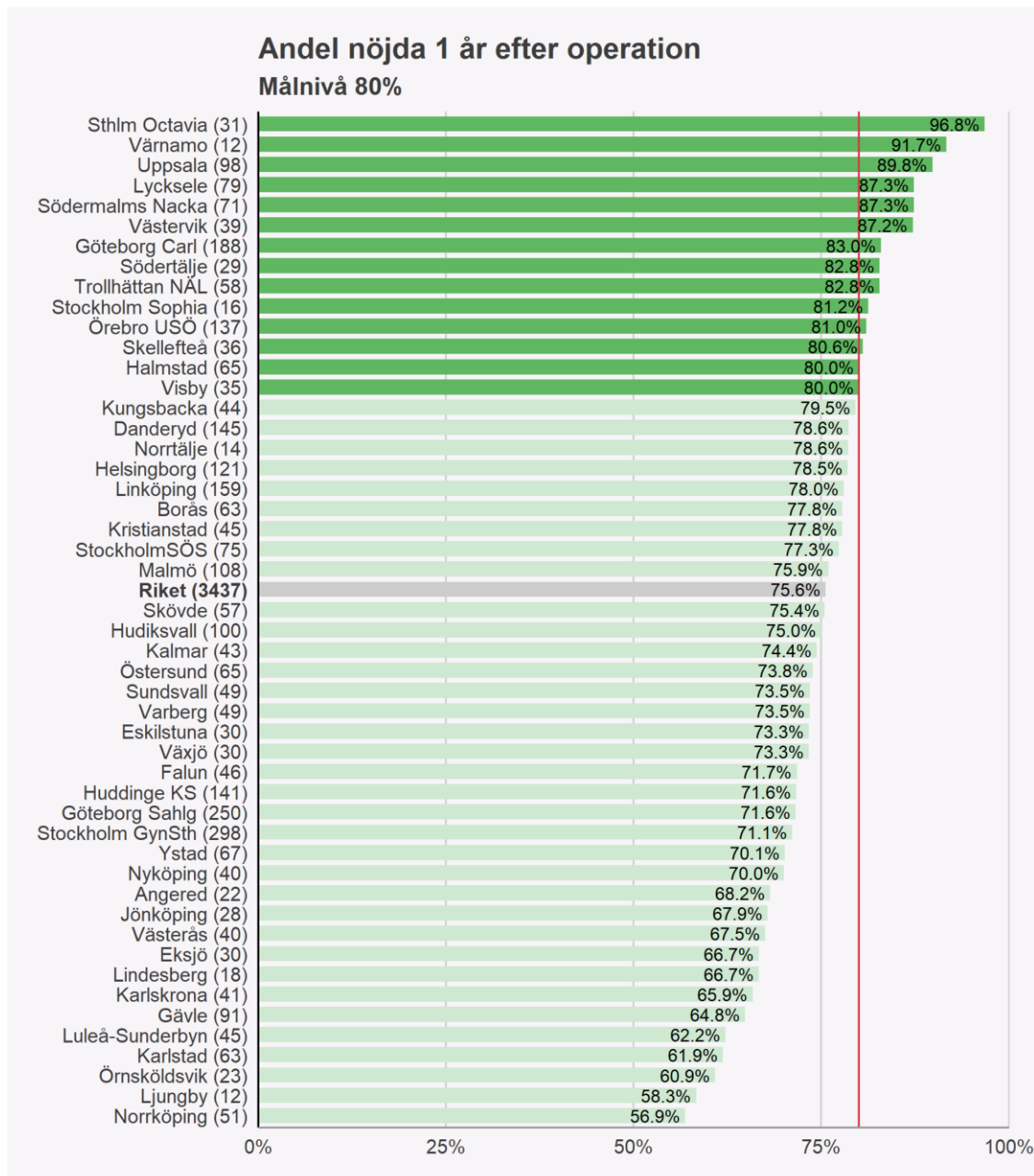
Symptomet globuskänsla (att patienten ser eller känner något som buktar ur slidan) har visat sig ha en hög sensitivitet och specificitet för anatomiskt verifierbart framfall utanför slidöppningen.⁸ Avsaknad av globuskänsla är det utfall som visat sig bäst korrelera med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi.⁹ Tidigare forskning har påvisat att återfallsrisken är högst efter framväggsplastik och majoriteten (över 60%) recidiverar inom det första postoperativa året.^{10,11} I figur 14 presenteras vad patienterna som opererats under år 2020 svarat i 1-årsenkäten. I GynOp-enkäten lyder frågan "Har du en känsla av att något buktar i slidan". Svartalternativen är dikotomiserade enligt följande; aldrig, nästan aldrig och 1–3 gånger/månad till "nej" och 1–3 gånger/vecka och dagligen till "ja". Målnivån på 85% är satt utifrån vad som verkar vara en möjlig nivå att uppnå. I år har 16 kliniker uppnått denna målnivå jämfört med 10 kliniker 2020 och 8 kliniker år 2019, hurra Sverige!



Figur 14. Andel patienter som anger att det inte buktar 1 år efter operation.

Nöjdhet ett år postoperativt

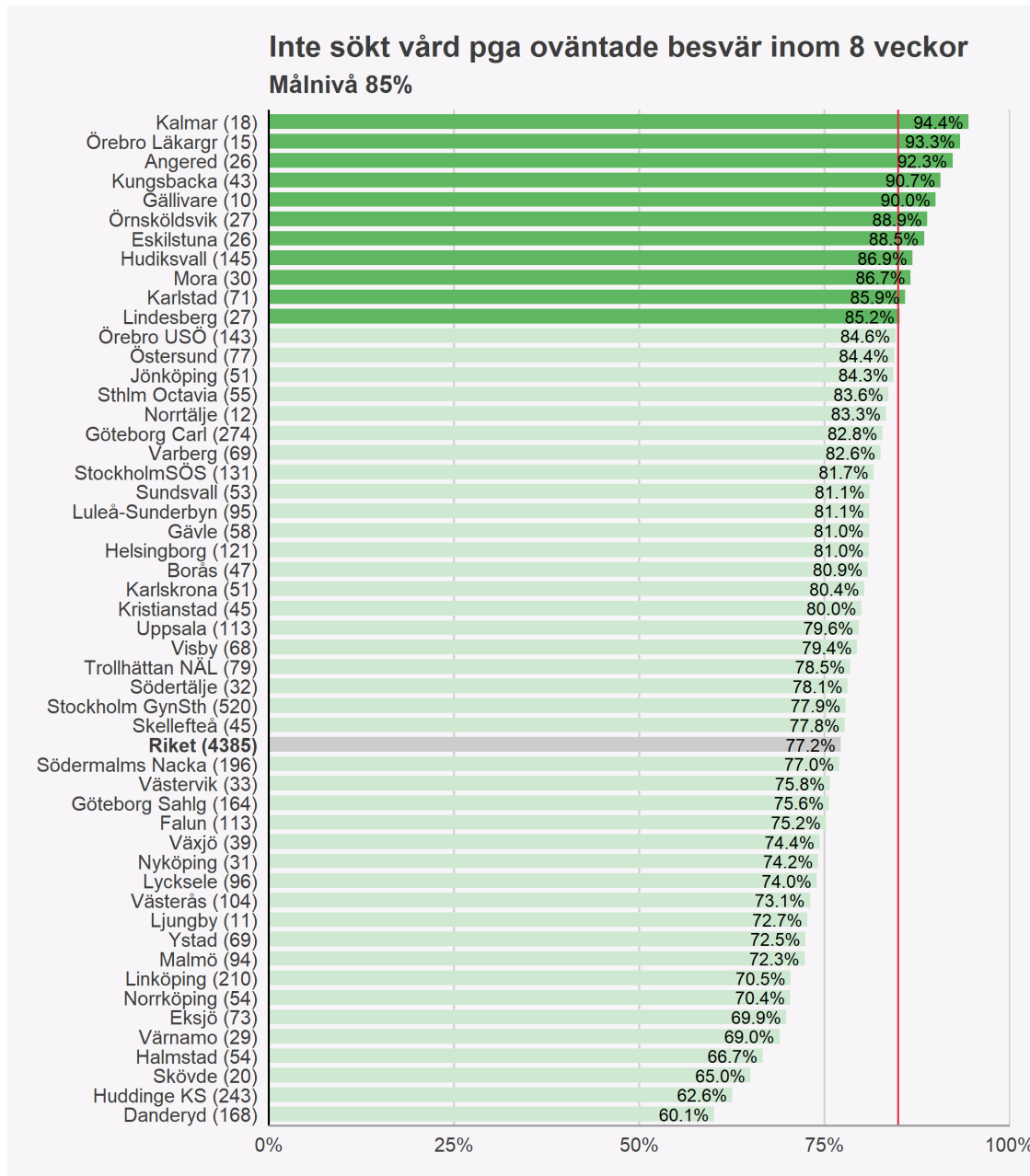
Eftersom globuskänsla inte ringar in hela resultatet, är patientrapporterad nöjdhet sannolikt det enskilt viktigaste utfallsmåttet när vi skall utvärdera slutresultatet efter kirurgi som görs i syfte att förbättra patientens livskvalitet. Det är till exempel tänkbart att en patient som botas från sin globuskänsla men som får smärta vid samlag eller nyttillkommen urininkontinens blir missnöjd med resultatet. Figur 15 redovisar patientnöjdhet ett år efter kirurgi. Även här är målnivån satt till 80%. 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. I år har 14 kliniker uppnått målnivån jämfört med 11 kliniker år 2020. Fantastisk utveckling!



Figur 15. Andel nöjda 1 år efter operation

Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt

Figuren nedan presenterar andelen patienter vi opererat under år 2021 som klarat sig utan en vårdkontakt (fysiskt besök) på grund av oväntat besvär eller komplikation inom 8 veckor efter operationen. Kliniker där en hög andel av patienterna måste uppta ett extra mottagningsbesök under konvalescensen bör göra en intern analys av vad detta kan tänkas bero på. Finns det modifierbara faktorer? Kan postoperativ smärtlindring optimeras i högre utsträckning? Behövs en bättre skriftlig postoperativ information? Rekommenderas bulkmedel rutinmässigt för att minimera risken för postoperativ förstoppning? Behöver graden av infektions- och urinretentionskomplikationer ses över? Är sjukskrivningslängden tillräcklig?

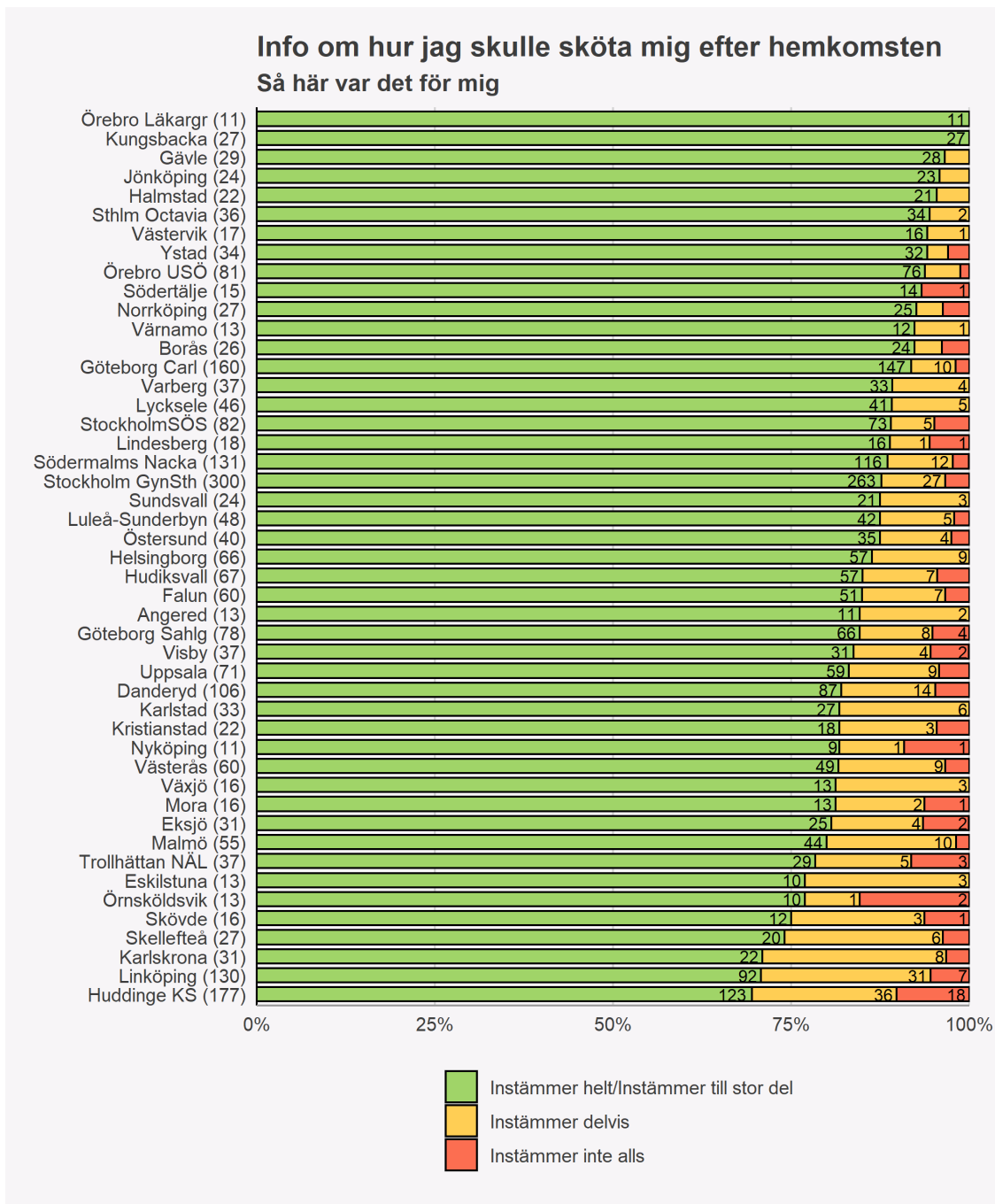


Figur 16. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

Patientinformation

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 (Kvalitet ur patientens perspektiv) låter patienten svara på varje fråga i två steg.

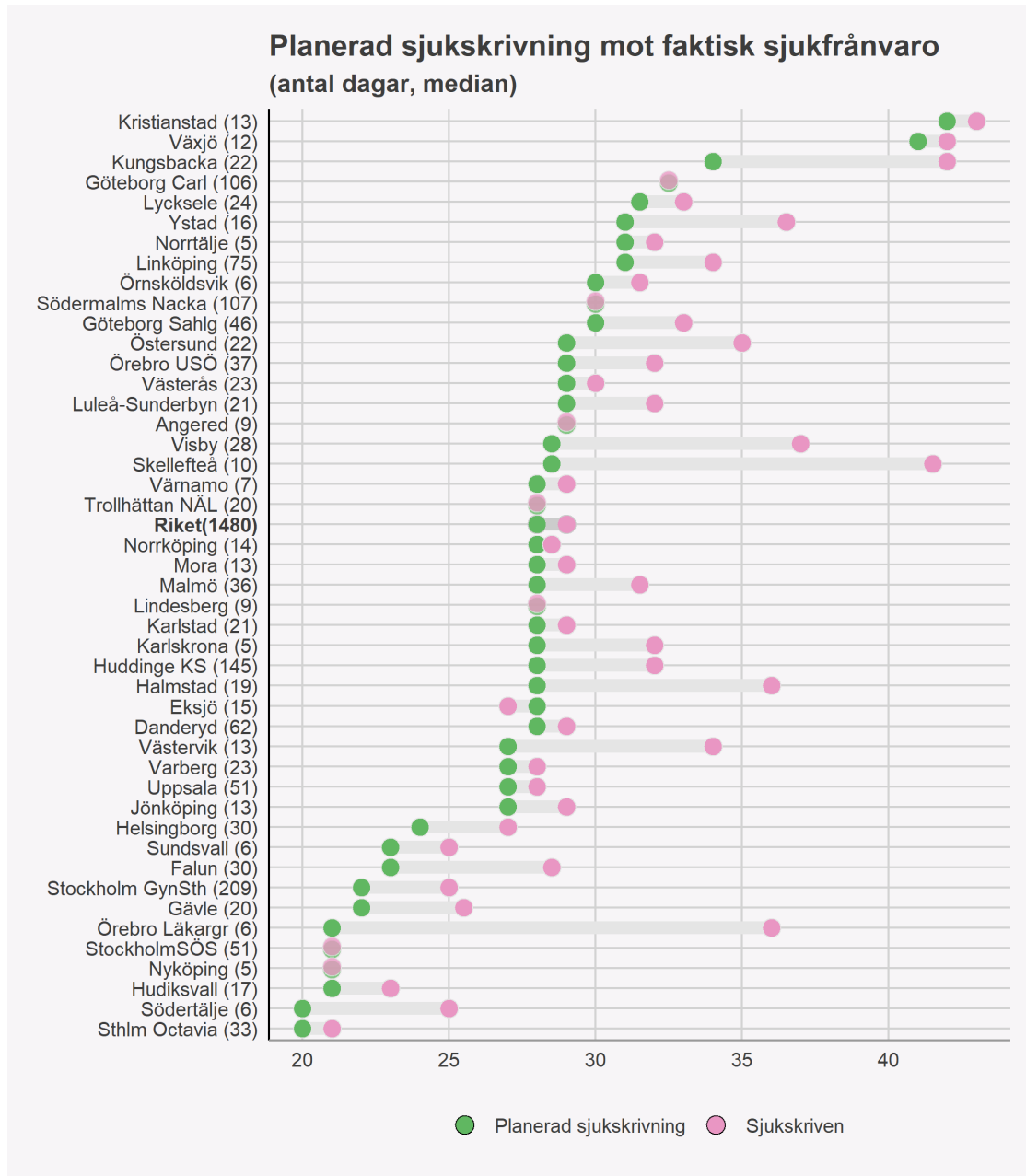
I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten". De kliniker som ligger längst nere bör se över sina rutiner kring postoperativ patientinformation. På frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten svarar 98% att det är av stor eller allra största betydelse.



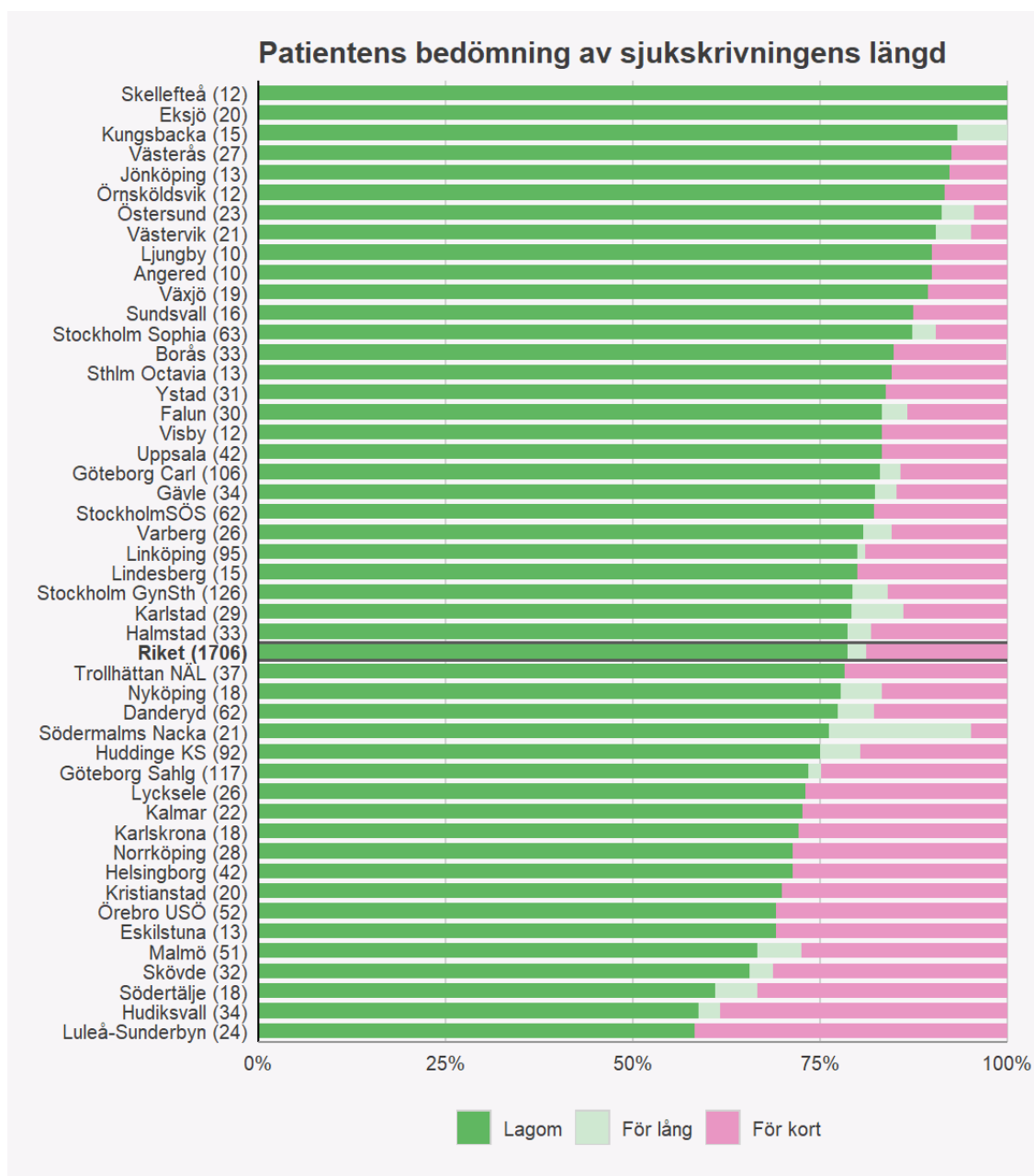
Figur 17. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig.

Sjukskrivning

Nedan redovisas sjukskrivningslängd efter bäckenbottenkirurgi (antal dagar på x-axeln). De gröna prickarna är planerad sjukskrivning (det doktorn anger i utskrivningsformuläret) och de rosa prickarna är det faktiska antalet dagar som patienten slutligen varit sjukskriven. Det visar sig att praxis variera enormt runtom i landet samt att på majoriteten av klinikerna förlängs den planerade sjukskrivningstiden. Tittar vi på riksgenomsnittet verkar prolapsopererade vara sjukskrivna i 4 veckor efter sin operation.



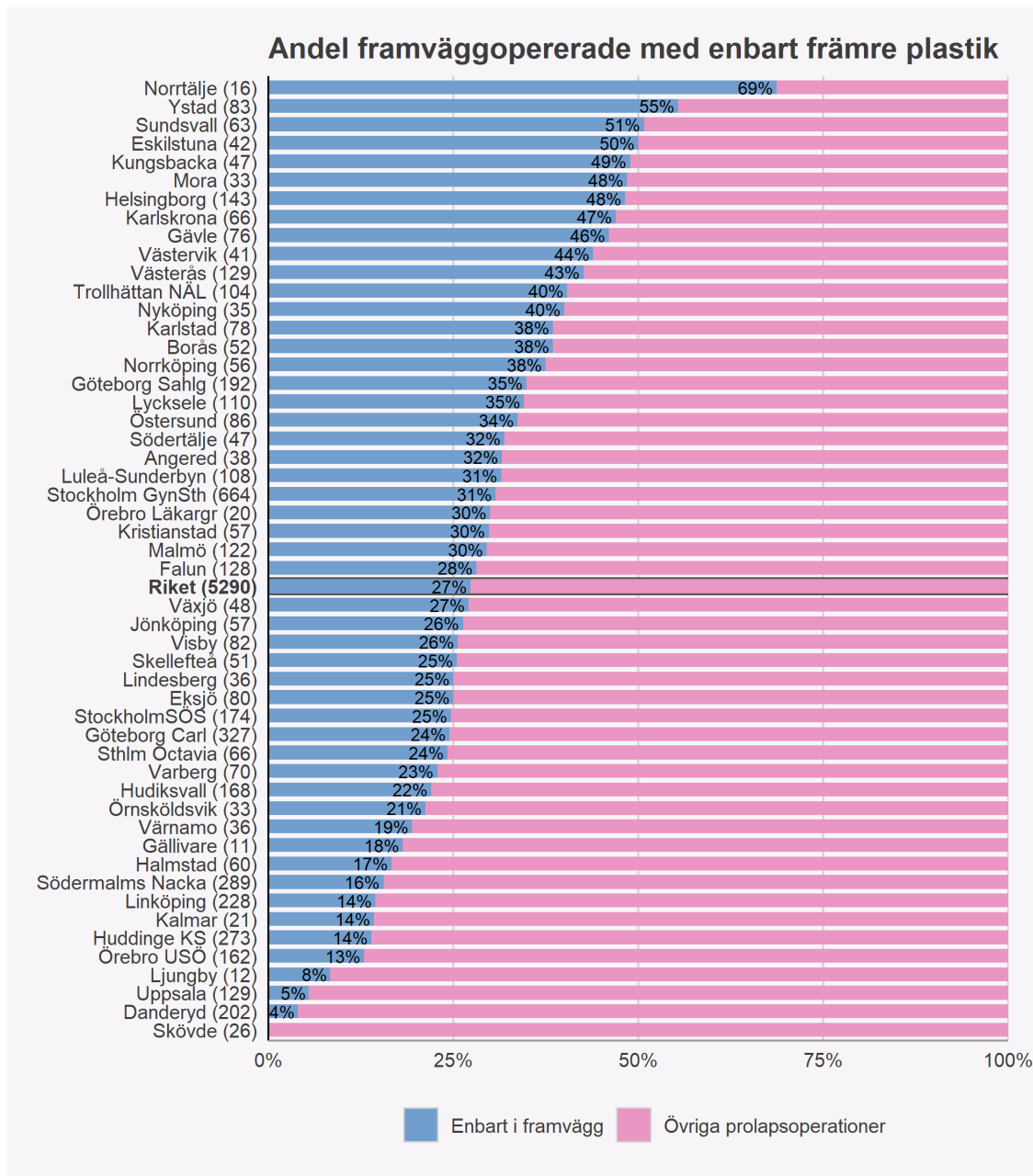
Figur 18. Planerad sjukskrivning mot faktisk sjukfrånvaro



Figur 19. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

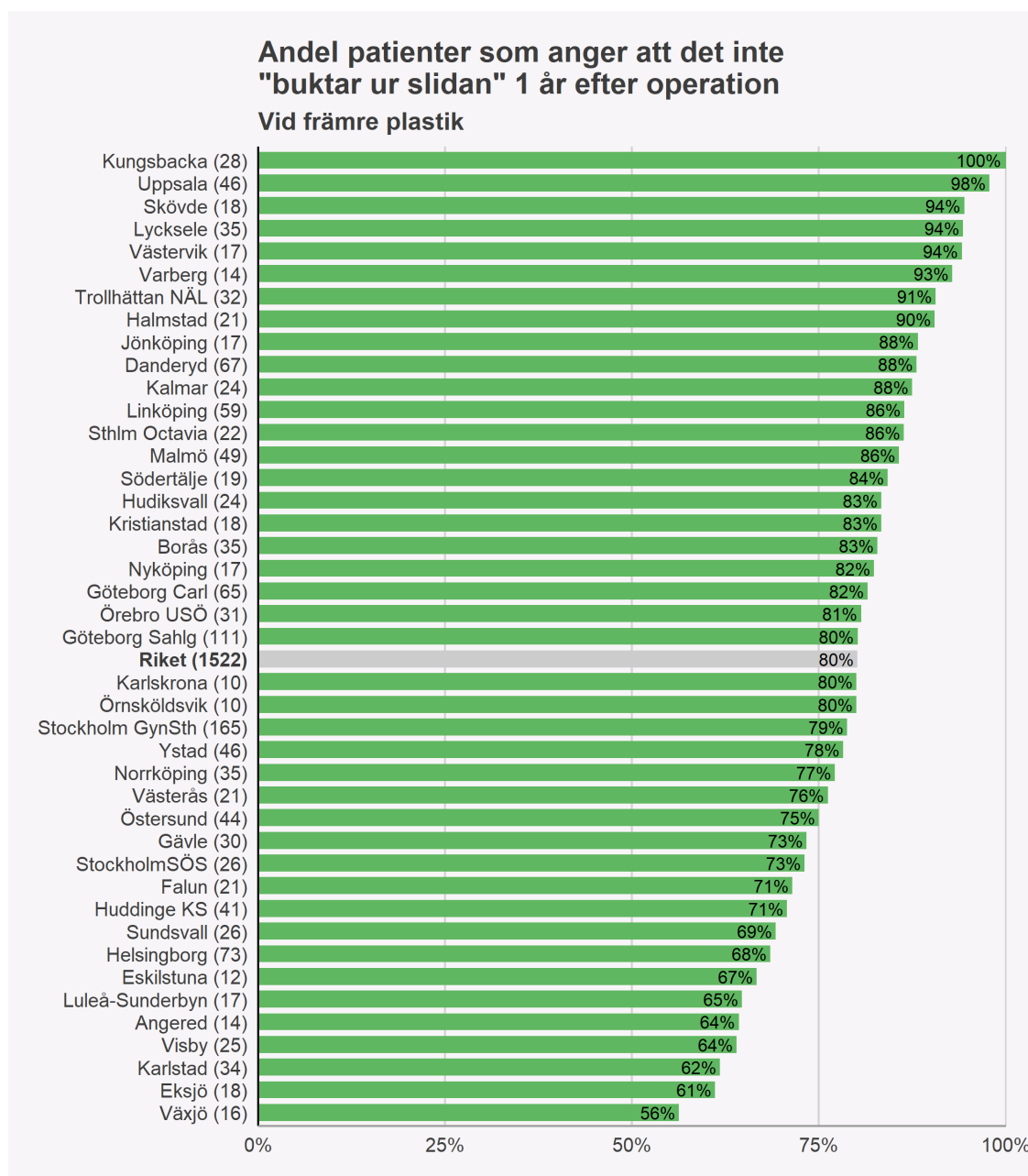
Främre plastik

Nedan följer en redovisning av ingrepp där operatören valt att enbart göra främre plastik. I bilden nedan visas att praxis på de olika klinikerna är väldigt varierande. I nuläget har forskningen inte kommit i kapp 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 ett mer varaktigt resultat. Observationella data pekar mot detta men evidens från randomiserade studier saknas.¹²

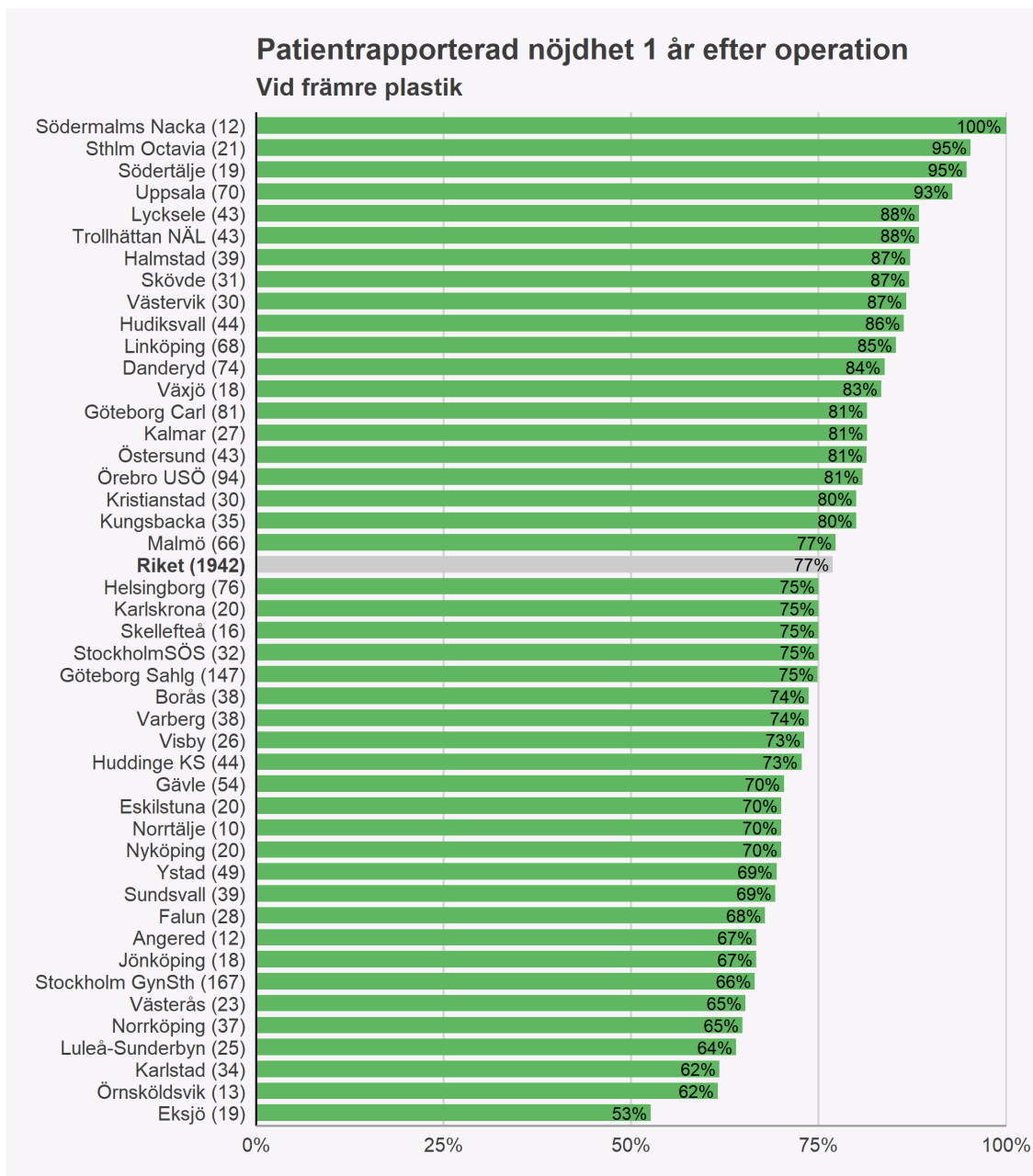


Figur 20. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.

Av patienterna som opereras med enkel framväggsplastik rapporterar cirka 90% globuskänsla i den preoperativa enkäten. I figuren nedan 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 60%. 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.¹³ Data från GynOp publicerat år 2018 talar för att kirurgens erfarenhet (antal ingrepp/operatör/år) inte spelar någon roll för utfallet.¹⁴ I dagsläget saknar vi evidens kring övriga kirurgiska detaljer som till exempel antal suturer, enstaka eller fortlöpande teknik, om vi skall dissekera i lagret mellan slemhinna och fascia eller i lagret mellan fascia och urinblåsa. Vi hoppas att framtida forskning ger oss guidning kring detta.

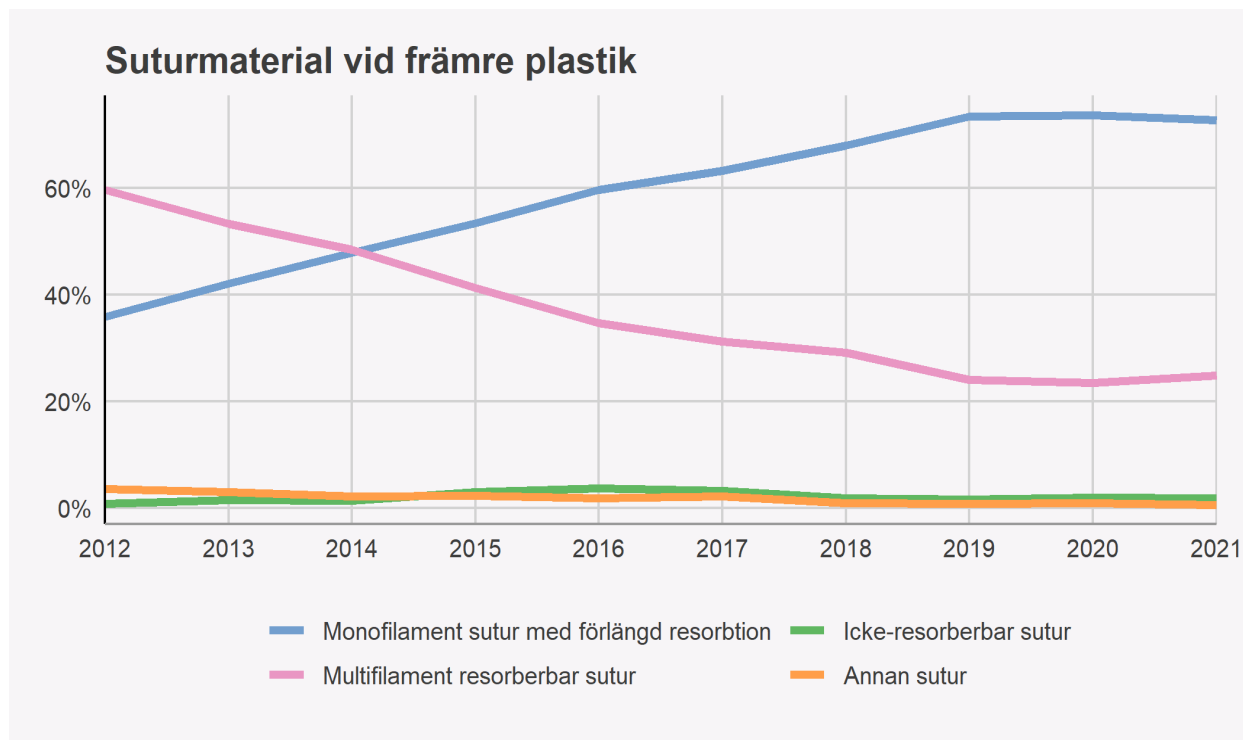


Figur 21. Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter främre plastik.



Figur 22. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter främre plastik.

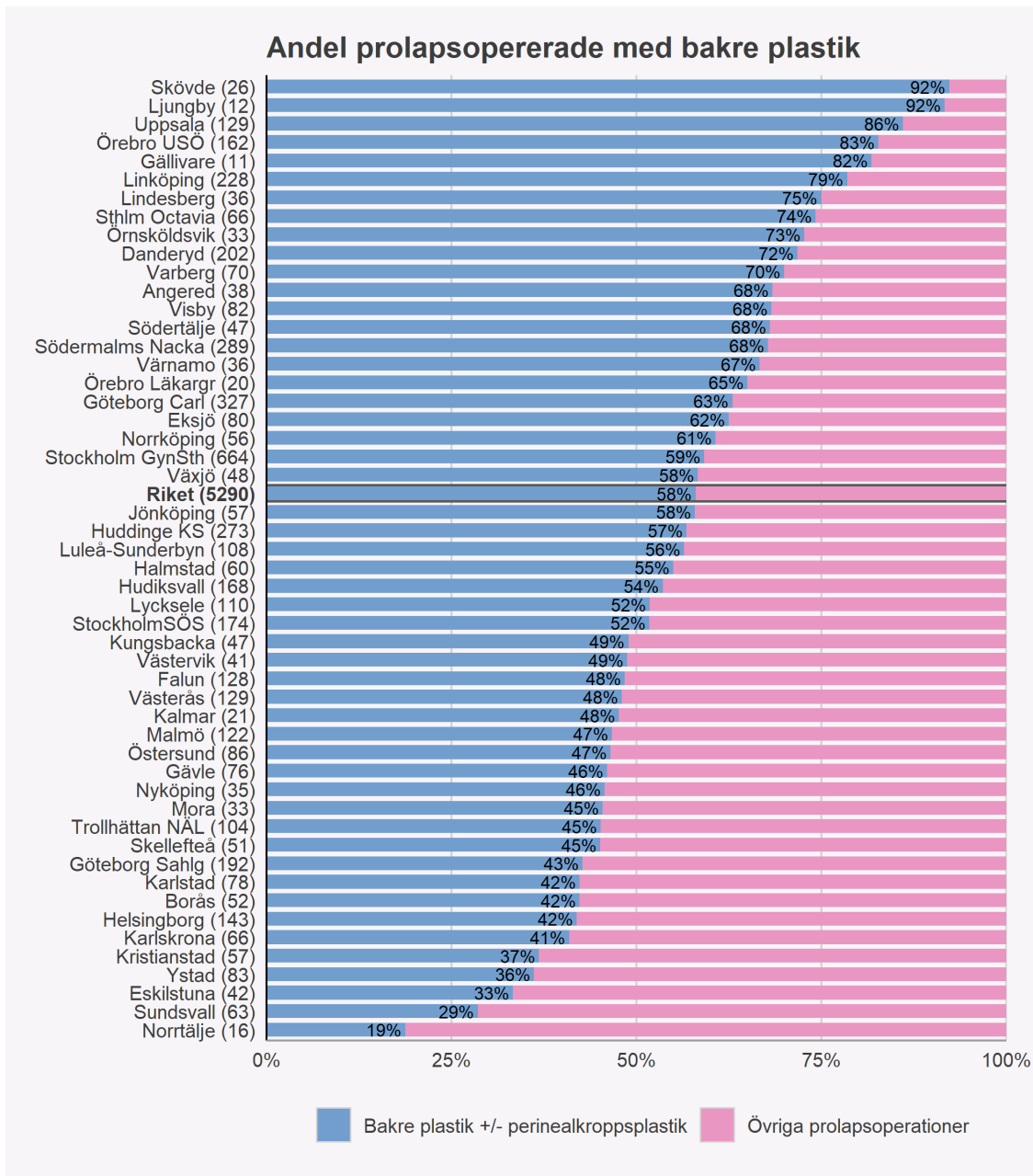
Gällande valet av suturmateriel vet vi att det verkar ha betydelse för resultatet.¹⁵ I en studie baserat på data ur GynOp-registret rapporterade patienter som var suturerade med motsvarande PDS mindre globuskänsla och högre patientnöjdhet jämfört med de som var suturerade med motsvarande Vicryl. Trenden i Sverige gällande valet av suturmateriel har sedan följt denna evidens men i år verkar dock trenden av oförklarlig anledning ha vänt.



Figur 23. Suturmateriel vid främre plastik.

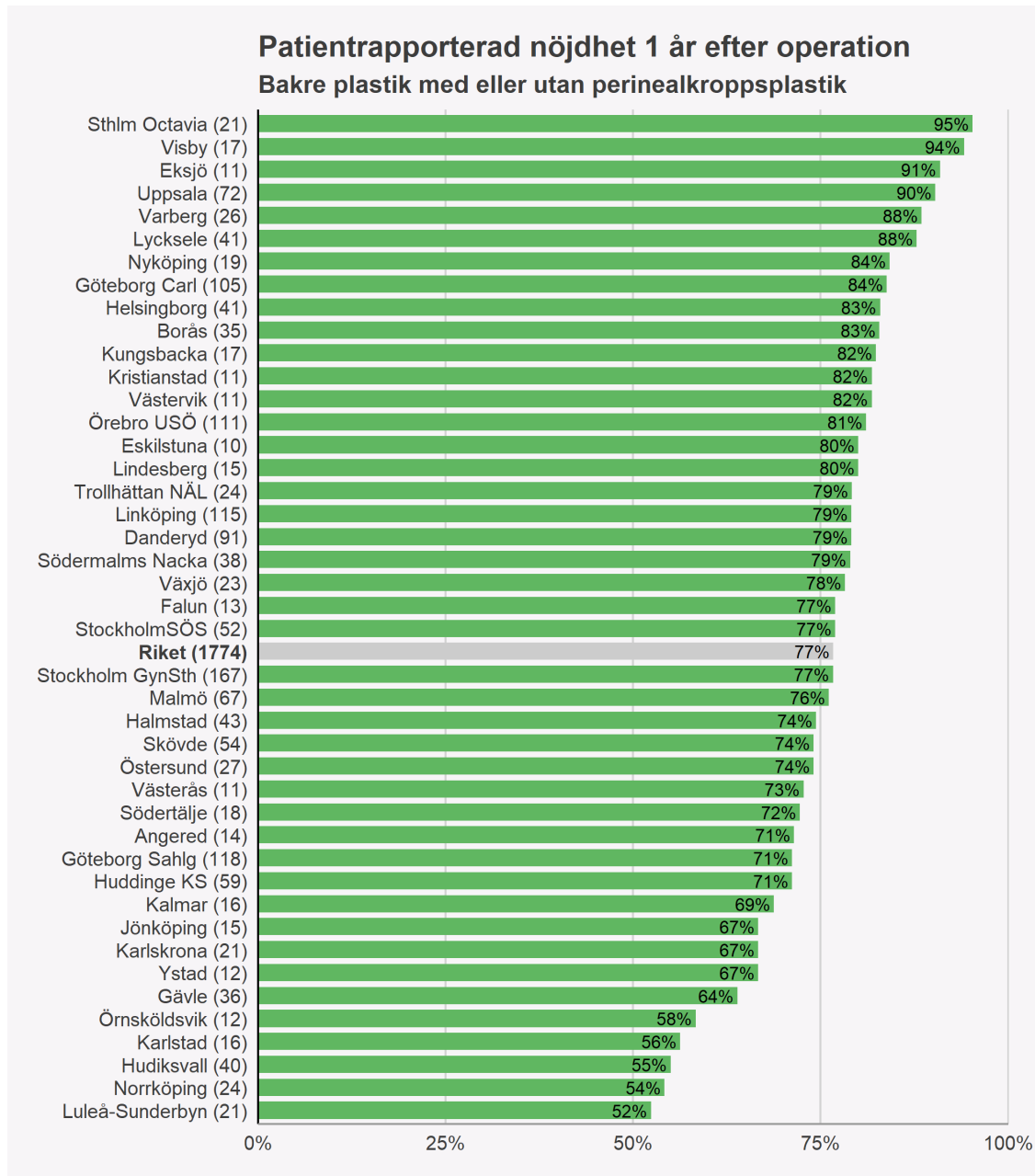
Bakre plastik och perinealkroppsplastik

I detta kapitel redovisas data gällande patienter som genomgått enbart bakre plastik. Både teknikerna "midline plication" och "site-specific repair" ingår. Tyvärr går det i registret i dagsläget inte skilja på om det har gjorts en bakre plastik på grund av ett regelrätt framfall eller en distal bakre plastik på grund av ett proktocele kopplat till en felläkt perinealkroppsskada. Vi vet att dessa grupper delvis skiljer sig åt. I den ena gruppen har vi ofta en äldre kvinna med en stor buktande bakvägg som orsakar klassiska framfallssymptom (level II defekt). I den andra gruppen har vi 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).



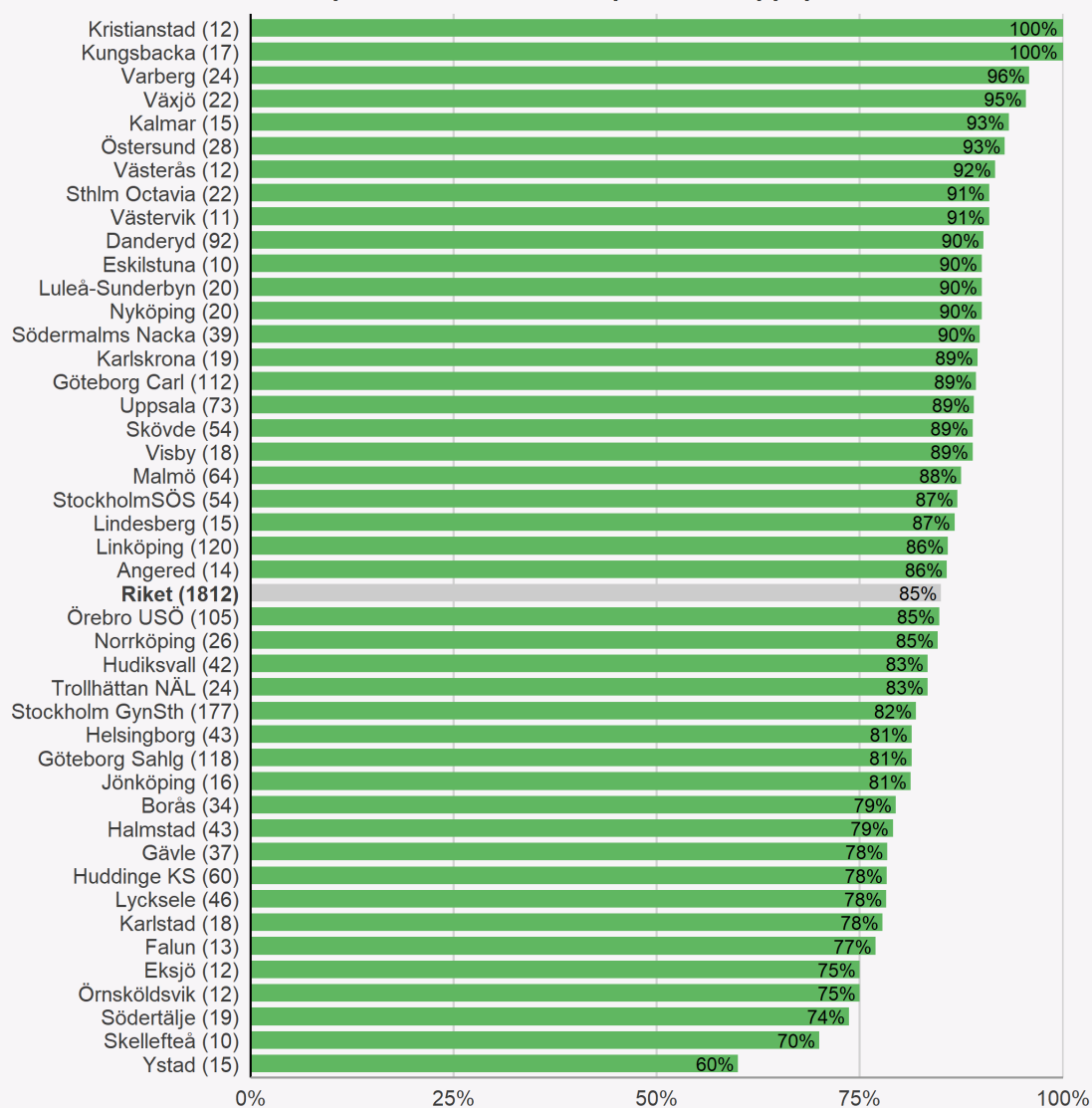
Figur 24. Andel prolapsopererade med enbart bakre plastik.

Figuren nedan presenterar patientrapporterad nöjdhet 1-år efter bakre plastik (± perineoraf). Spridningen i andelen nöjda patienter efter bakväggsplastik ligger mellan 52% och 95%



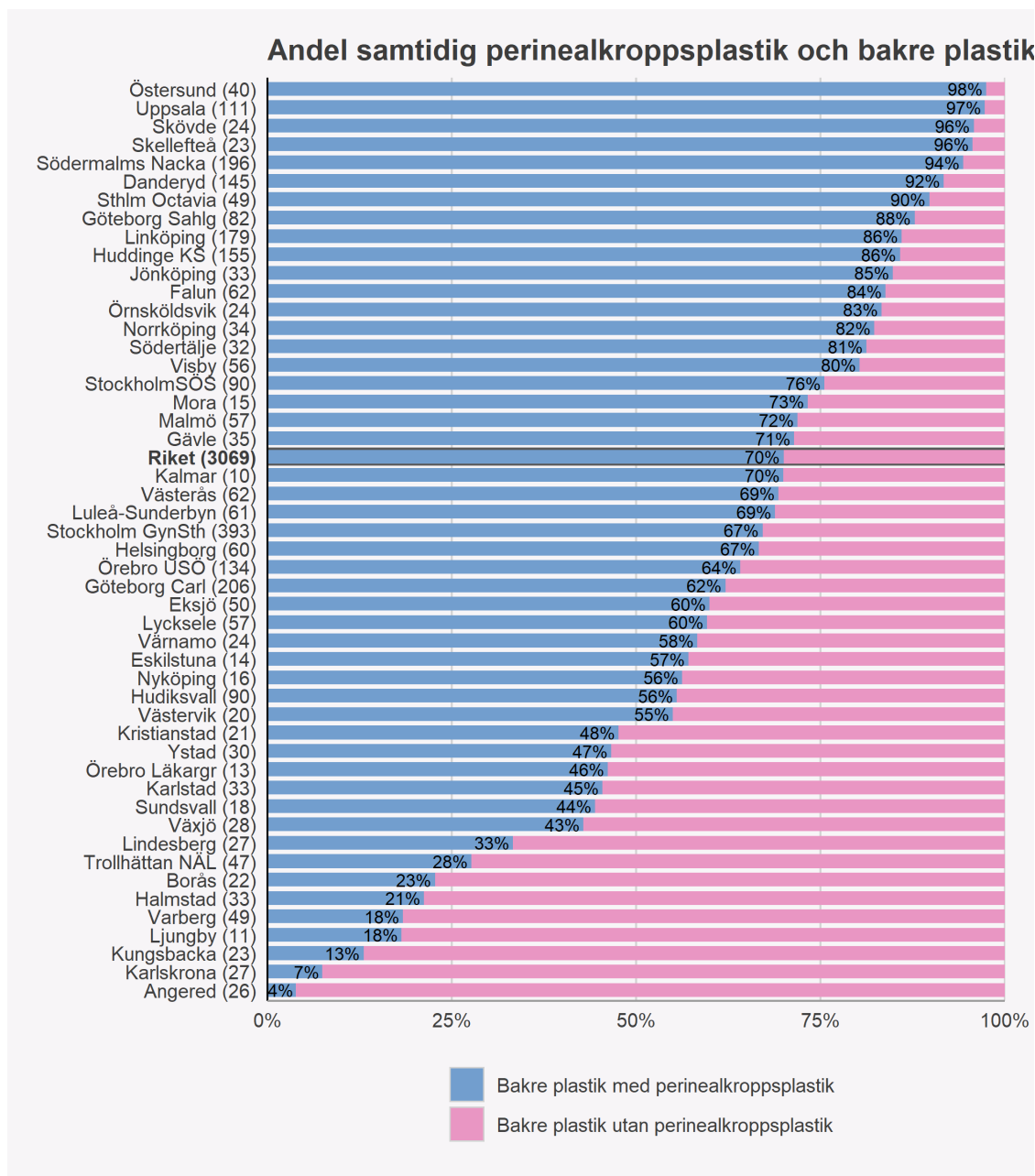
Figur 25. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter bakre plastik.

**Behöver inte hålla emot bakre slidväggen
för att tömma tarmen 1 år efter operation**
Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik



Figur 26. Behöver inte hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1 år efter operation.

Figur 27 illustrerar hur vanligt det är att det i samband med en bakväggsplastik samtidigt görs en rekonstruktion av perinealkroppen. Skillnaderna är slående! På vissa kliniker förekommer det knappt att perinealkroppen rekonstrueras medan det på andra ställen verkar ingå nästintill regelmässigt.



Figur 27. Andel samtidig perinealkroppsplastik och bakre plastik

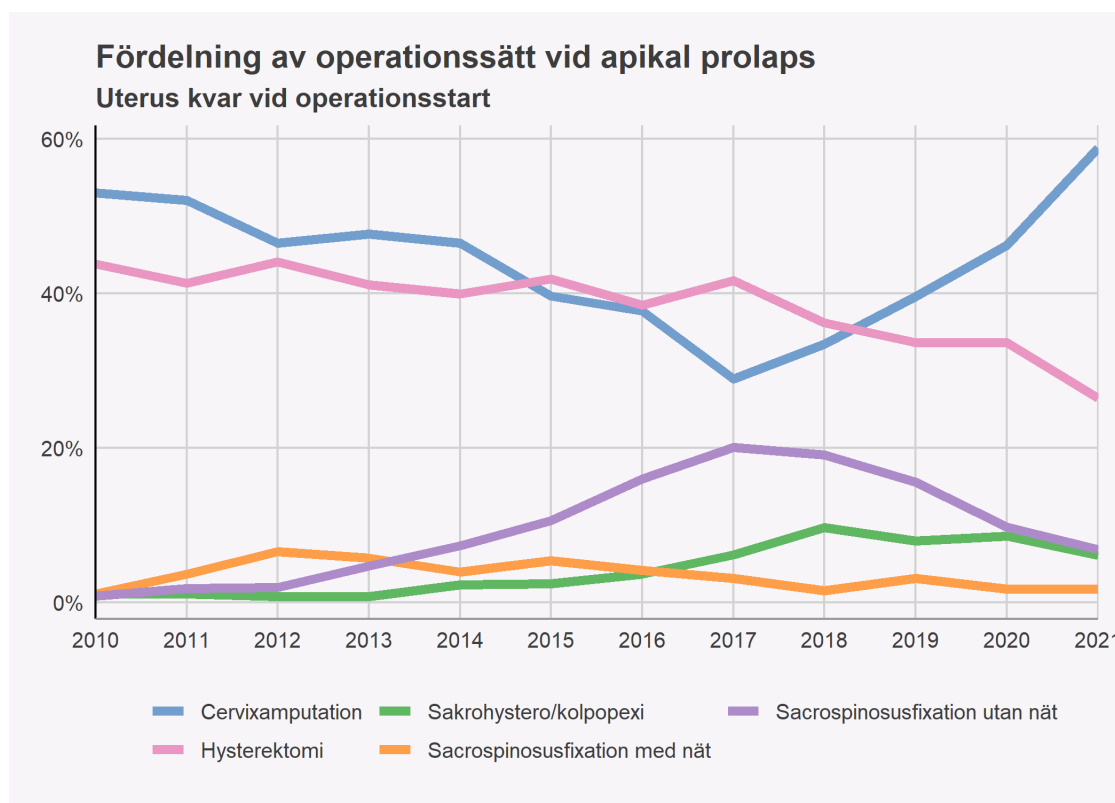
Apikal defekt

Framfall av den främre vaginalväggen samvarierar i hög utsträckning med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi)¹⁶⁻¹⁸ och korrigering av det apikala stödet verkar halvera risken för reoperation.¹⁹ Det finns dock ingen konsensus kring när en apikal upphängning bör ingå. 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.

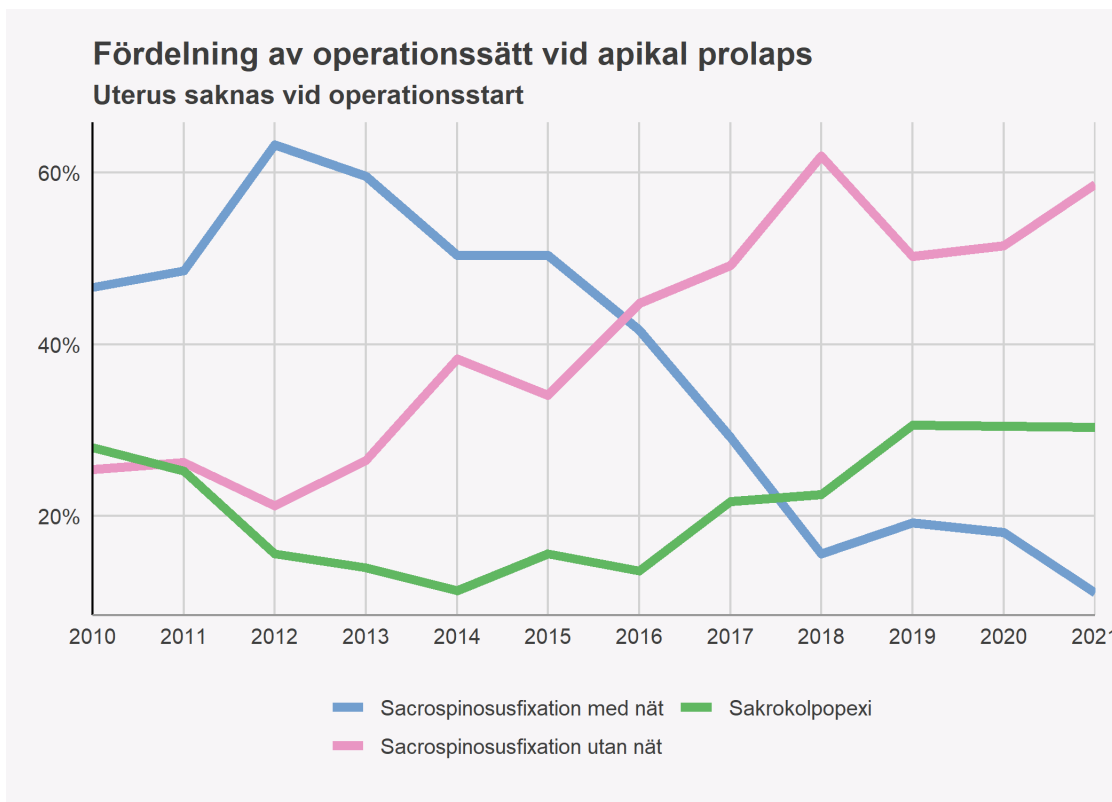
Cochrane-sammanställningen som publicerades år 2016 drar slutsatsen att sakrohysteropexi/sakrokolpopexi har högst lyckandefrekvens (kring 95%) jämfört med de vaginala operationsmetoderna, RR 2.1 (95 % CI 1.1–4.2).²⁰

Nedan visas hur trenden i Sverige ser ut gällande de olika operationsmetoderna för apikal prolaps. Första figuren illustrerar operationsmetoder som används när livmodern finns kvar vid operationsstart och nästa figur hur vaginaltoppsprolaps opereras.

Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och är numera inte längre den vanligaste metoden. Cervixamputation verkar ha fått ett uppsving och är nu den absolut vanligaste metoden i Sverige. Vi ser också att sakrospinosusfixation blir en allt mindre populär metod. Slutligen ser vi att sakrohysteropexi/kolpopexi fortfarande inte verkar öka.

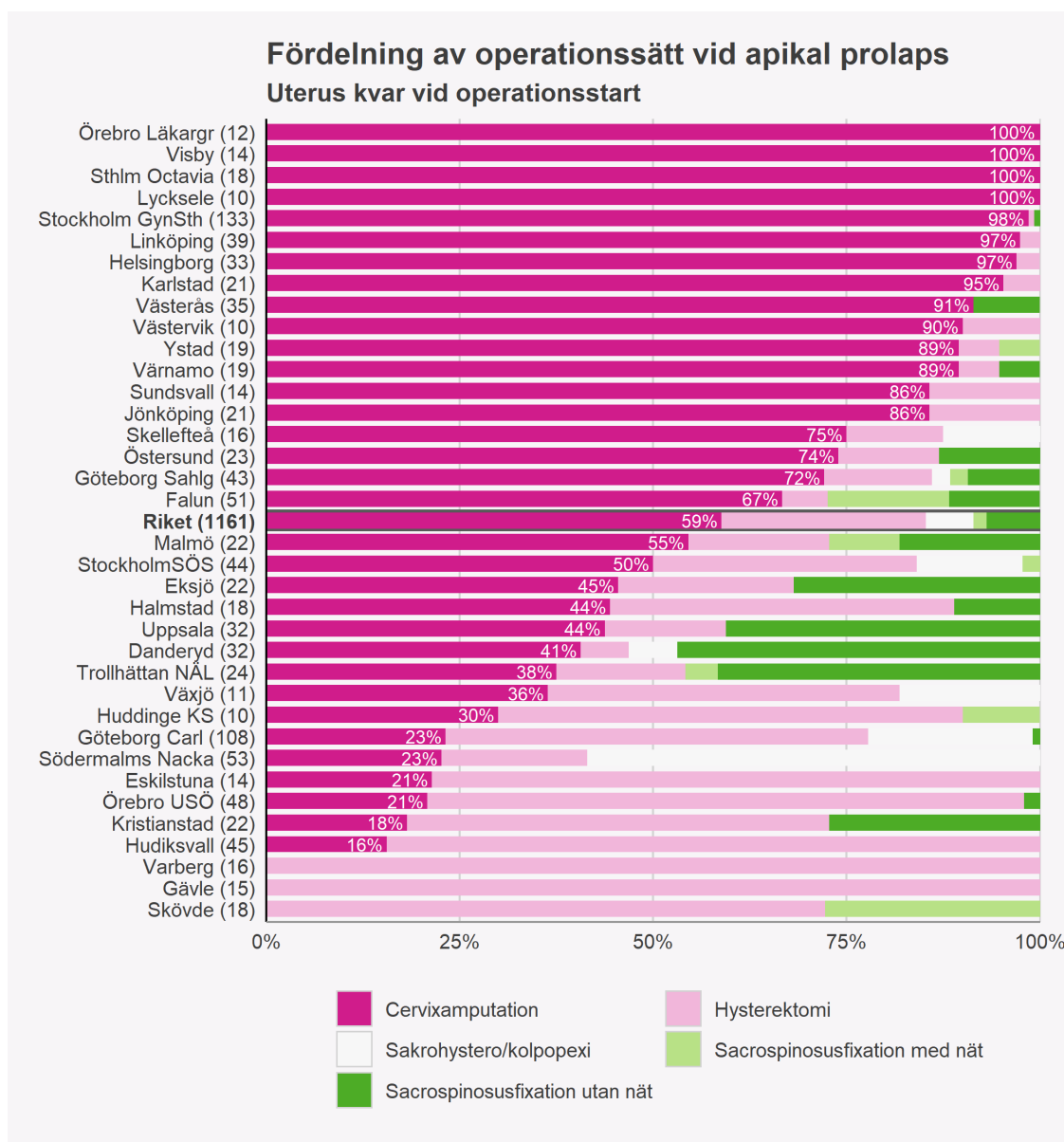


Figur 28. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps



Figur 29. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

Vad gäller fördelningen på kliniknivå kan vi konstatera att praxis är väldigt varierande. Vissa kliniker har en bred arsenal medan andra i princip erbjuder en metod. Ur-ARG arbetar för fullt med att ta fram evidensbaserade råd för vilken operationsmetod som bör rekommenderas för olika patientkategorier. Förhoppningsvis kommer detta leda till en enhetlig praxis.



Figur 30. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

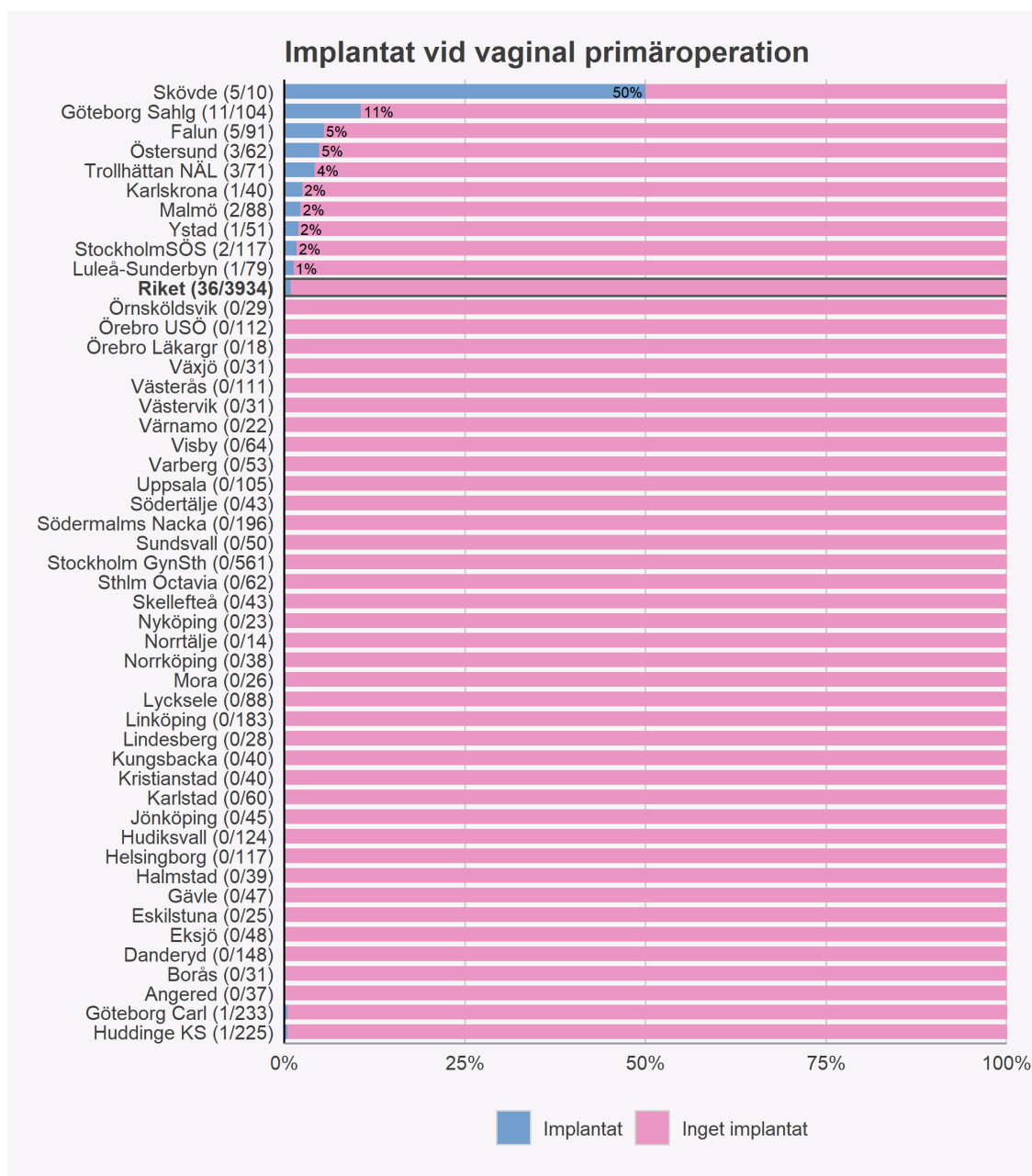
Vaginal nätkirurgi

Slutligen redovisas användningen av vaginala nät. År 2015 och 2016 opererades dryga 500 vaginala nät in. Vi ser nu en minskning för varje år. Tabellen nedan redovisar vilka nät (implantat) som använts senaste två åren. Efter FDA:s förbud och varningar gällande vaginala implantat har många tillverkare dragit tillbaka sina nät från marknaden. I nuläget finns enbart Splentis och Calister kvar på marknaden. Det pågår dessutom en centralisering av vaginal nätkirurgi i Sverige, där det från och med oktober 2022 enbart blir Huddinge, Göteborg och Malmö som erbjuder denna metod. Samma centra skall även ansvara för att bygga upp en kompetens kring att ta hand om patienter med nätkomplikationer.

Av patienterna som år 2020 genomgick en vaginal nätoperation svarar 83% att de är nöjda med resultatet.

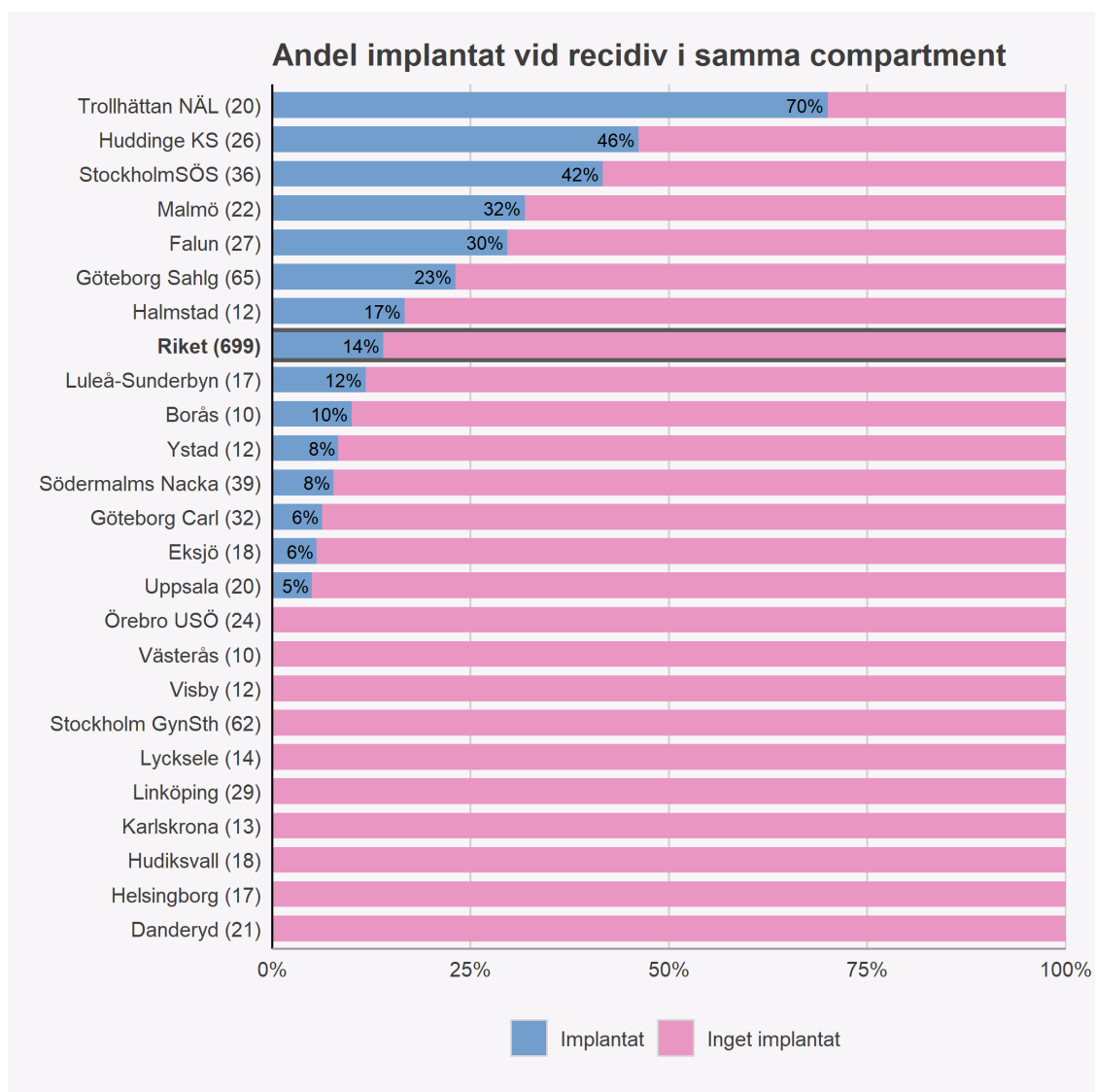
Tabell 2. Vilka nät har använts i Sverige senaste två åren?

	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021
Splentis	53	31	29
Calister	102	53	70
Uphold	112	2	
Ultrapro	9	7	10
Prolene	28	28	26
Pinnacle	24	7	
Nuvia	6		
Elevate	4	1	
Övriga	8	7	4
Totalt	346	136	139



Figur 31. Implantat vid vaginal primäroperation

Vid recidivoperation i samma compartment är det dock inte helt ovanligt att den kroppsegna vävnaden förstärks med ett syntetiskt nät. Dock finns det betydande olikheter i rutin över landet. När nätkirurgin centraliseras framöver kommer dessa relativt få ingrepp fördelas på färre operatörer, vilket troligtvis 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.



Figur 32. Andel implantat vid recidiv i samma compartment.

Sekundär analsfinkterrekonstruktion

Tabell 3. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador 2021

Klinik	Antal
Huddinge KS	18
Linköping	8
Luleå-Sunderbyn	5
Danderyd	2
Malmö	2
Norrköping	1

Tabell 4. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador 2018–2020

Klinik	Antal
Linköping	35
Huddinge KS	30
Malmö	11
Luleå-Sunderbyn	2
Örebro USÖ	2
Kalmar	1
Uppsala	1
Östersund	1

Totalt 85,5% av de patienter som genomgått sekundär sfinkterplastik som registrerats år 2018–2020 har svarat på nöjdhetsfrågan ett år efter operation. Av de som svarat var 62,0% nöjda med resultatet.

Resultat kan inte presenteras på klinisknivå i denna rapport eftersom patienterna är få i antal och de riskerar därför att bli igenkända.

Avslutande kommentarer

Vi vill rikta ett oerhört stort tack till alla kliniker och användare som dagligen flitigt fyller i formulären i GynOp-registret. Registret har en hög täcknings- och anslutningsgrad och dessutom är våra patienter väldigt måna om att svara på enkäterna. Detta innebär att vi har kompletta data som vi kan lita på. Vi skall värna om denna guldgruva. Tillsammans kan vi tack vare allas engagemang fortsätta använda registret till värdefull kvalitetsuppföljning och till att bedriva kvalitativ forskning.

Inom GynOp registret lägger vi stort fokus i nuläget på att öka den interna validiteten i det vi registrerar. Gällande bäckenbottenkirurgi har beslut fattats om att byta de befintliga enkätfrågorna om bäckenbottenbesvär till validerade frågor som har högsta rekommendationsgraden i ICS/IUGA. Ett omfattande valideringsarbete har dessutom initierats där flertalet nyckelvariabler kommer att valideras mot källdata (journalen). Håll utkik efter den kommande valideringsrapporten!

Samtidigt pågår ett renoveringsprojekt där anamnes-/status- och operationsformuläret gällande bäckenbottenkirurgi genomgår omfattande förändringar. Ändringarna har diskuterats i UR-ARG. Eventuella ytterligare justeringar kommer att tillkomma efter möten med kommande NHV-centra (vaginala nät och analsfinkterrekonstruktion). Enligt nuvarande prognos kommer IT-enheten ha möjlighet att sätta i gång med programmeringsarbetet under hösten 2022.

Många kliniker använder registrets textgenerering till att skapa till exempel operationsberättelser. På så sätt undviks dubbeldokumentation. Vi vill uppmuntra klinikerna till att utnyttja denna möjlighet.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Analsfinkter	Ringmuskel i ändtarmen
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.
Anatomisk	Som rör eller avser kroppens uppbyggnad
Apikal	”Från toppen”, vid apikal prolaps avser det framfall av livmodern eller av slidans topp om livmodern är bortopererad.
ASA-klassificering ASA-kategori	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.
Bakre plastik	Åtgärd av framfall när ändtarmen buktar ut i slidans bakvägg
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.
Bulkmedel	Ett receptfritt läkemedel som ger avföringen en mjukare konsistens och gör det lättare att bajs vid besvär med trög mage.
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 pratas det 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 karaktistika	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.
Evidens	Bevis eller belagd kunskap
Fascia	En fibrös bindvävshinna som har som främsta uppgift att hålla muskler och muskelgrupper på plats när muskeln drar ihop sig
FDA	Food and Drug Administration, USA:s motsvarighet till Läkemedelsverket. FDA är de som godkänner att läkemedel får användas i USA.
Främre plastik	Åtgärd av framfall när urinblåsan buktar ut i slidans framvägg
Globuskänsla	Känsla att något buktar ut i eller ut ur slidan
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
ICS	International Continence Society
Implantat	Syntetiskt nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.

Uppslagsord	Förklaring
IUGA	International Urogynecological Association
Konsensus	Samstämmighet, att alla är överens om att något är/ska vara på ett visst sätt
Konvalescens	Tidsperioden för tillfrisknande efter en sjukdom eller operation
Korrelera	Stå i samband med, samverka med
Levator(muskel)	Muskelgrupp av tvärstrimmiga muskler i bäckenbotten. Fäster i bäckenbenet framtill och i svanskotan baktill.
Midline plication	En operationsteknik där operatören med stygn för ihop slidväggens bindväv från sidan till mitten.
Perinealkropp	Mellangården, muskelfäste mellan slidmynningen och ändtarmsöppningen
Perineorafifi	Kirurgiskt ingrepp där mellangårdens muskelfästen återskapas så att mellangården (perinealkroppen) byggs upp.
Postoperativ	Efter operationen
Primär operation	Den första gången patienten opereras på grund av framfall.
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
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).
Sakrospinosusfixation	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.
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.
Site-specific repair	En operationsteknik där operatören med stygn lagar specifika hål i slidans bindväv.
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.Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018;29:81-9.
- 6.Kawasaki A, Corey EG, Laskey RA, Weidner AC, Siddiqui NY, Wu JM. Obesity as a risk for the recurrence of anterior vaginal wall prolapse after anterior colporrhaphy. *J Reprod Med* 2013;58:195-9.
- 7.Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
- 8.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.
- 9.Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
- 10.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.
- 11.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.
- 12.Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
- 13.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.
- 14.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.
- 15.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.