

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2021

Författare:

Sophia Ehrström

Registeransvarig för delregistret för hysterektomi på benign
indikation

Södermalms läkarhus, Nacka

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

Innehåll

Inledning.....	1
Tidsperiod.....	2
Täckningsgrad	2
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	3
HOPPSA-studien	4
Besvär som föranleder operation	5
Demografi.....	6
BMI	6
ASA-klass	8
Utförda operationer	9
Antal operationer (Covid-figur).....	9
Antal utförda operationer	10
Antal operationer per operatör	16
Operationstid	17
Operationsmetoder.....	19
Uterusvikt	22
Tidigare bukkirurgi	25
Konvertering.....	26
Utbildning av ST-läkare	30
Återhämtning efter hysterektomi.....	33
Dagar till normal ADL	34
Vårdtid.....	35
Sjukskrivning	39
Komplikationer.....	43
Clavien-Dindo	47
Infektioner.....	48
Patientens uppfattning av resultat 1 år efter operation	51
Summering och framtid	53
Ordlista	54
Referenser	56

Inledning

Under 2010-talet har en stor förändring skett i val av operationsmetod vid hysterektomi i Sverige, från den tidigare dominerande metoden laparotomi (buköppning) till användning av mer skonsamma minimalinvasiva metoder. År 2010 utfördes drygt 70 % av hysterektomierna abdominellt enligt registerdata. Utvecklingen i Sverige följer den internationella med några års eftersläpning. Andelen minimalinvasiva hysterektomier är i år 65 %, oförändrat sedan år 2019.

GynOp-registret har i samråd med SFOG satt ett målvärde med önskemål om 70% minimalinvasiv kirurgisk teknik vid hysterektomi, vilket borde vara möjligt att uppnå för de flesta klinikerna.

Minimalinvasiv teknik i denna rapport definieras som hysterektomi utförd vaginalt, laparoskopiskt eller robotassisterat laparoskopiskt. Sedan hösten 2021 har en ny minimalinvasiv hysterektomimetod börjat användas i mindre skala i Sverige: vNOTES, det vill säga laparoskopisk teknik utförd via Natural Orifice (i det här fallet vagina). Vid introduktion av nya metoder bör resultaten följas med GynOp-data.

Minimalinvasiva tekniker kortar vårdtid, sjukskrivningstid och återgång till normal ADL för kvinnan, jämfört med hysterektomi utförd med öppen bukkirurgi (se figur 34). Kliniker som företrädesvis använder öppen bukkirurgi som teknik bör sträva efter att ändra sin profil till minimalinvasiva tekniker. Ett flertal kliniker har framgångsrikt arbetat med det, även under pandemiåren.

Flera kliniker har lagt till robotassisterad hysterektomi och år 2021 utförde 40% av alla kliniker i Sverige hysterektomi med den tekniken. Det är viktigt att hålla volymerna uppe så att ekonomin för den metoden går ihop, med tanke på hur tilltalande det är med hög teknologi och god ergonomi för huvudoperatören vid operationen.

År 2021 registrerades 3504 hysterektomier på benign indikation i GynOp, samma storleksordning som pandemiåret 2020. Sammantaget skedde registrering vid 47 kliniker. Kliniker som rapporterar färre än 10 operationer/uppgifter exkluderas ur figurerna. Rapporten baseras på data med patienter som har genomgått total eller subtotal hysterektomi på benign indikation. Under pandemiåren 2020 och 2021 skedde en stor minskning i volym av hysterektomi på benign indikation, vilket presenteras närmare i "Specialrapport för benign gynekologisk kirurgi under Covid-19-pandemin år 2021".

Begreppet "standardpatient" användes i tidigare årsrapporter (BMI mindre än 35, ASA 1–2, ålder 30-60 år och ej indikation prolaps eller endometrios). Uppdelning av patient i standardpatient eller inte standardpatient har i tidigare årsrapporter inte visat några stora skillnader i resultat. Vetenskaplig evidens finns för att vid till exempel BMI över 35 är en minimalinvasiv teknik att föredra. På begäran har data för ASA-klass och BMI lagts till i rapporten i år. I rapporten presenteras en figur som visar andelen patientrapporterad tidigare genomgången bukkirurgi (figur 25), vilket skulle kunna vara en faktor som kan påverka svårighetsgraden vid kirurgi.

Variabeln "ST-läkare" infördes i GynOp 2018-02-25. Från början utgjorde variabeln en möjlighet att registrera antalet operationer där en ST-läkare varit huvudoperatör. Det förutsätter dock att variabeln fylls i på korrekt sätt. Variabeln gjordes om i mitten av september månad 2021 och sedan igen i mitten av januari 2022 då det blev obligatoriskt att fylla i om ST-läkare har varit huvudoperatör eller assistent vid hysterektomi på benign indikation. Nästkommande årsrapport kan presentera säkrare resultat om hur det ser ut avseende ST-läkarnas möjligheter att lära sig hysterektomi på benign indikation.

Hysterektomier vid känd eller misstänkt malignitet samt hysterektomier med samtidig prolapsoperation har exkluderats från rapporten.

En beskrivning av vilka hysterektomier som ingår i NHV-uppdraget presenteras i denna rapport. Detta år presenteras en gemensam statistik för alla hysterektomier utförda på indikationen endometrios (diagnoserna N80.1-N80.9). Från och med årsrapporten 2022 kommer uppdelningen mellan NHV-hysterektomier och hysterektomier som kan utföras utanför NHV-uppdraget bli tydligare i takt med att de hysterektomier som bör göras inom NHV-uppdraget remitteras till en av de fyra klinikerna som innehar NHV-uppdrag.

Finns synpunkter på innehållet eller utformningen av rapporten tas dessa tacksamt emot till: sophia.ehrstrom@gmail.com

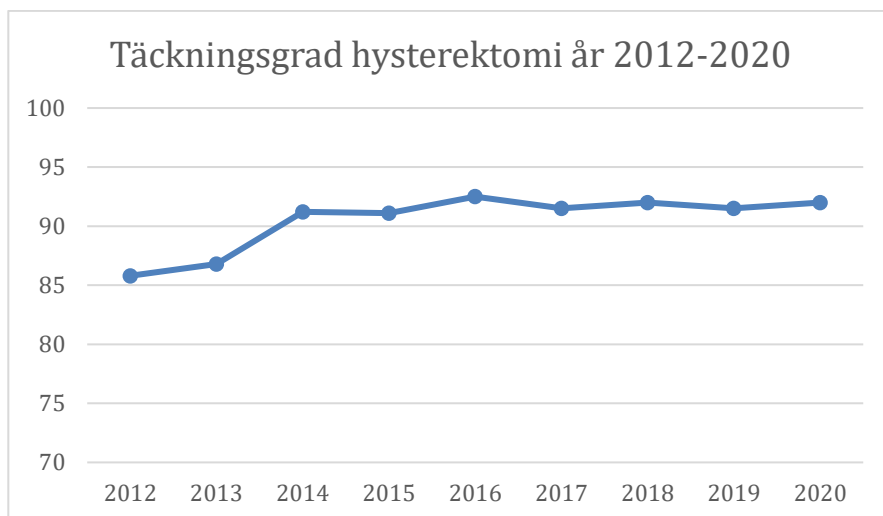
Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2021. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2020 använts.

Täckningsgrad

Täckningsgraden för delregistret för hysterektomi på benign indikation ligger sedan flera år tillbaka stabilt över 90% (målvärdet är minst 85%). För år 2020 när senaste sammanställningen gjordes var täckningsgraden 92%.

Täckningsgraden tas fram via en jämförelse mellan antalet operationer som finns registrerade hos Socialstyrelsen och antalet operationer som finns registrerade i GynOp.



Figur 1. Täckningsgrad för hysterektomi på benign indikation år 2012–2020.

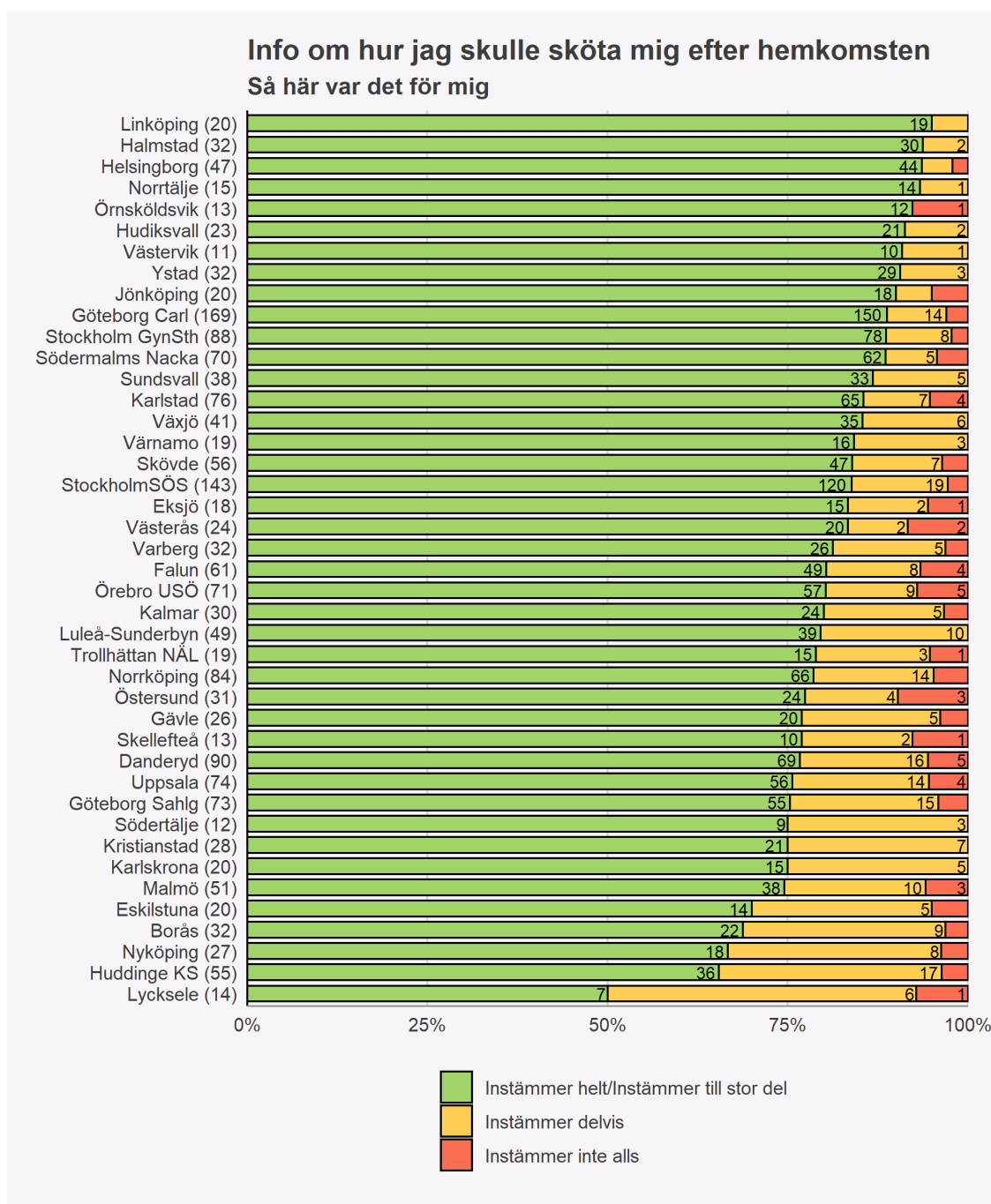
Du kan se klinikens egen täckningsgrad för de olika operationstyperna i GynOp i vår nya interaktiva statistiksida som du hittar på <https://statistik.incanet.se/gynop/>

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. Sedan gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

I årets årsrapporter har vi valt att visa frågan "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".



Figur 2. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig. Siffran inom parentes utgör antal som har besvarat KUPP-enkäten.

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.

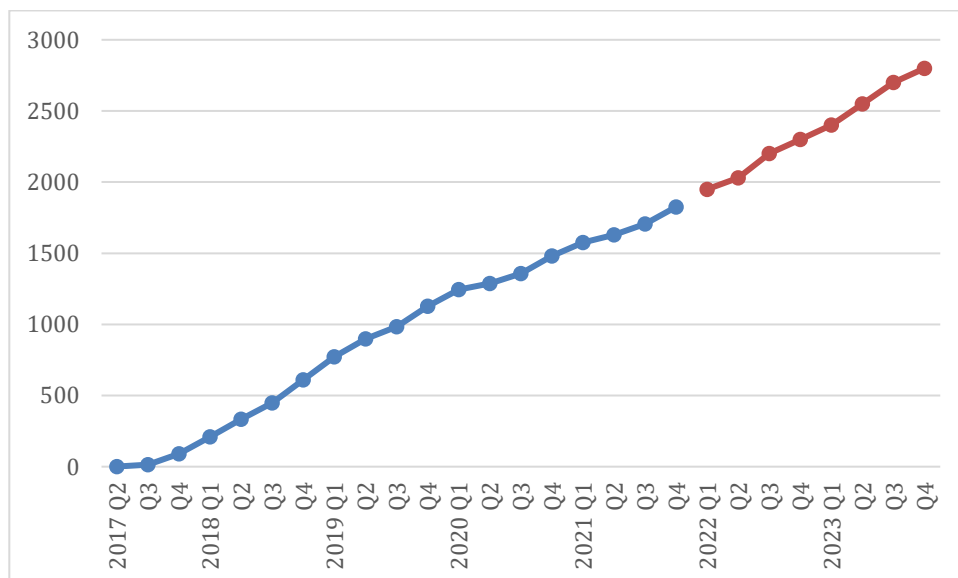
Tabell 1. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten, Så här viktigt var det för mig

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	7	1718	0.4%
Av ganska stor betydelse	54	1718	3.1%
Av stor betydelse	447	1718	26.0%
Av allra största betydelse	1210	1718	70.4%

HOPPSA-studien

HOPPSA (Hysterektomi och OPPortunistisk SALpingektomi) är en registerbaserad randomiserad studie (R-RCT) som drivs i GynOp och stöds av SNAKS (Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom obstetrik/gynekologi). Studien undersöker risken för eventuella kirurgiska komplikationer och påverkan på ovarialfunktion och därmed menopaussymptom, om bilateral salpingektomi görs i tillägg till vanlig hysterektomi på benign indikation. Förhoppningen med att utföra salpingektomi är att minska den framtida risken att insjukna i epitelial ovarialcancer då det nu är ganska välbelagt att cirka 70% uppstår i äggledarnas fimbrietratt.

HOPPSA startade år 2017. Under pandemin gick rekryteringen ner, men vi lyckades ändå under hösten 2020 nå halvvägs till rekryteringsmålet för att analysera 'komplikationer'. Det gjordes en interimsanalys på cirka 1400 patienter mars 2021, och säkerhetskommitténs uppmaning var att vi skulle fortsätta som planerat. Nu har operationsverksamheten kommit i gång mer, 45 kliniker, varav några nytillkomna, är med och rekryterar. Nästan 1900 patienter var randomiserade vid årsskiftet. Det första delmålet, 2800 patienter, hoppas vi ska nå innan årsskiftet 2023/2024. Det kräver en ökad rekryteringstakt jämfört med hittills, se grafen nedan. Med tanke på den begränsade operationsverksamheten under pandemin tror vi att det är ett realistiskt scenario och hoppas att alla kollegor aktivt vill bidra till att rekrytera patienter.

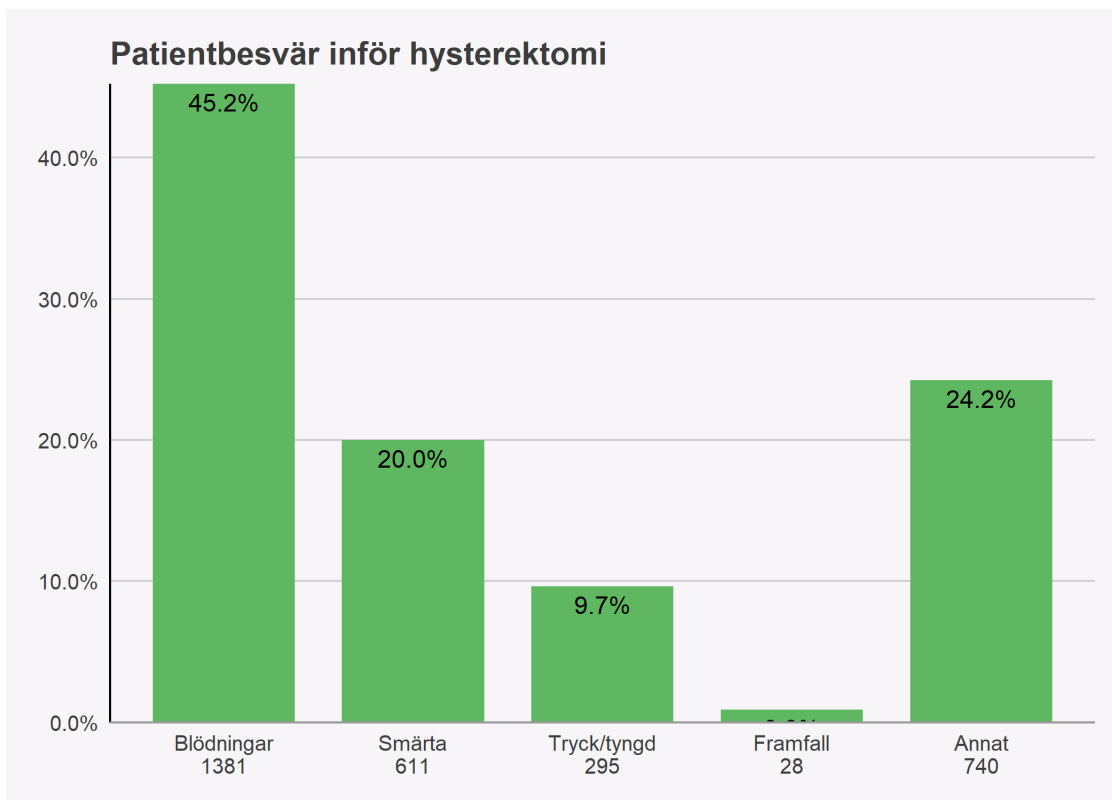


Figur 3. Rekrytering av patienter för HOPPSA-studien. Blå kurva visar hur långt studien kommit hittills. Orange kurva visar uppskattad rekrytering fram till målet.

Du kan läsa mer om studien på www.gynop.se samt www.snaks.se

Vid frågor om studien kontakta Annika Strandell, huvudansvarig för HOPPSA
annika.strandell@vgregion.se

Besvär som föranleder operation



Figur 4. Patientbesvär inför hysterektomi

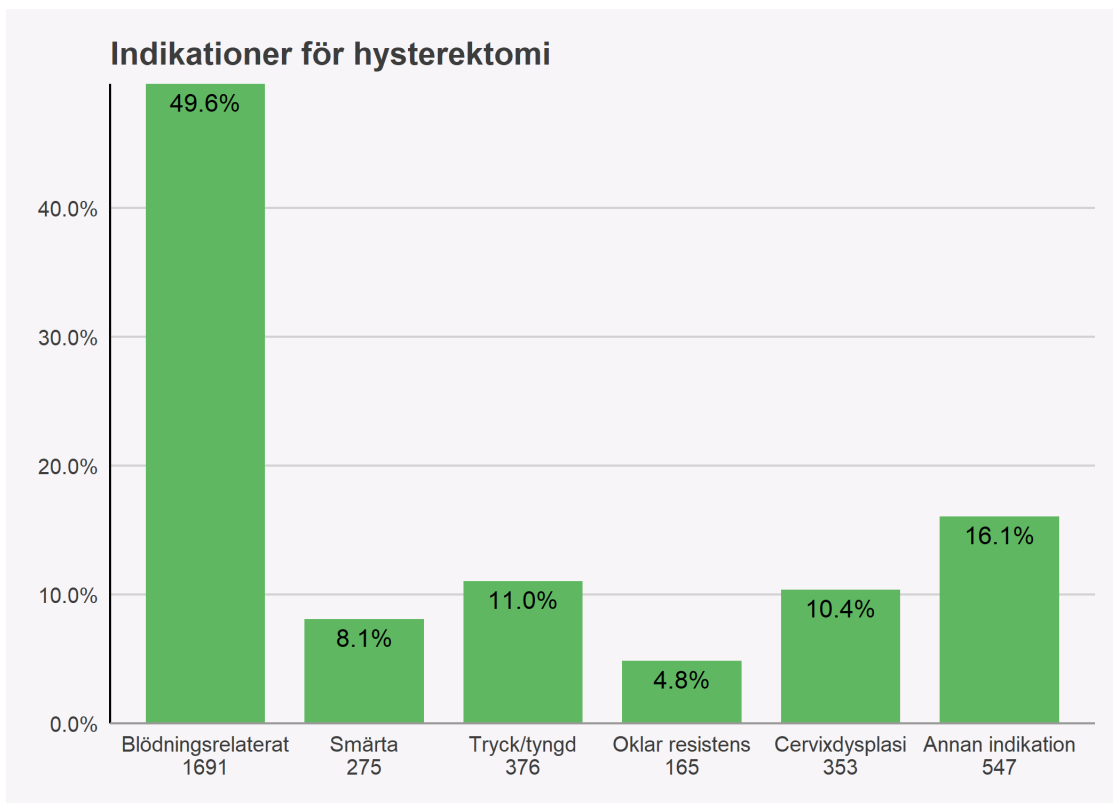
Patientbesvär inför hysterektomi i figur 4 är baserad på patientens svar kring vilka besvär som rankades som viktigaste orsaken till att vård söktes.

Vad gäller den dominerande orsaken till hysterektomi på benign indikation, det vill säga blödningsrubbningar (både patient- och läkarangivet), är det av stor vikt att tillgängliga konservativa metoder (tranexamsyra, p-piller, hormonspiral, gestagener, hysteroskopisk resektion av polyp, myom eller livmoderslemhinna, hysteroskopisk morcellering, Novasure, myomembolisering och nu senast den perorala GnRH-antagonisten Ryeqo® (inkl addback)) har prövats där så är möjligt, innan beslut om hysterektomi fattas i samråd med kvinnan. Medelåldern för hysterektomi på benign indikation i Sverige är 49 år och medelåldern för klimakteriet är 51,5 år, vilket innebär att flera kvinnor med hjälp av medicinska metoder kan stöttas i att undvika hysterektomi på blödningsindikation, med tanke på postoperativa korttidskonsekvenser, såsom blödning och infektion, samt tänkbara långtidskonsekvenser i form av urininkontinens och framfall.

Förskrivningen av långtidsverkande hormonella metoder (LARC) har ökat de senaste åren.

I knappt hälften av fallen med blödningsrubbningar hos kvinnor finns det en förändring i livmoderhålan som orsak till blödningar, vilket skulle kunna avhjälpas med intrauterin kirurgi. Tillgången till hysteroskopiska och andra intrauterina operationsåtgärder vid blödningsrubbning varierar över riket, vänligen se årsrapporten om intrauterin kirurgi.

Hos de kvinnor som väljer att genomgå hysterektomi finns ofta flera samverkande faktorer, till exempel smärta och blödning. Gruppen "Annat" i figur 4 domineras av cellförändringar. I gruppen "Annat" har 128/740 patienter angivit olika varianter av cellförändringar på livmodertappen.



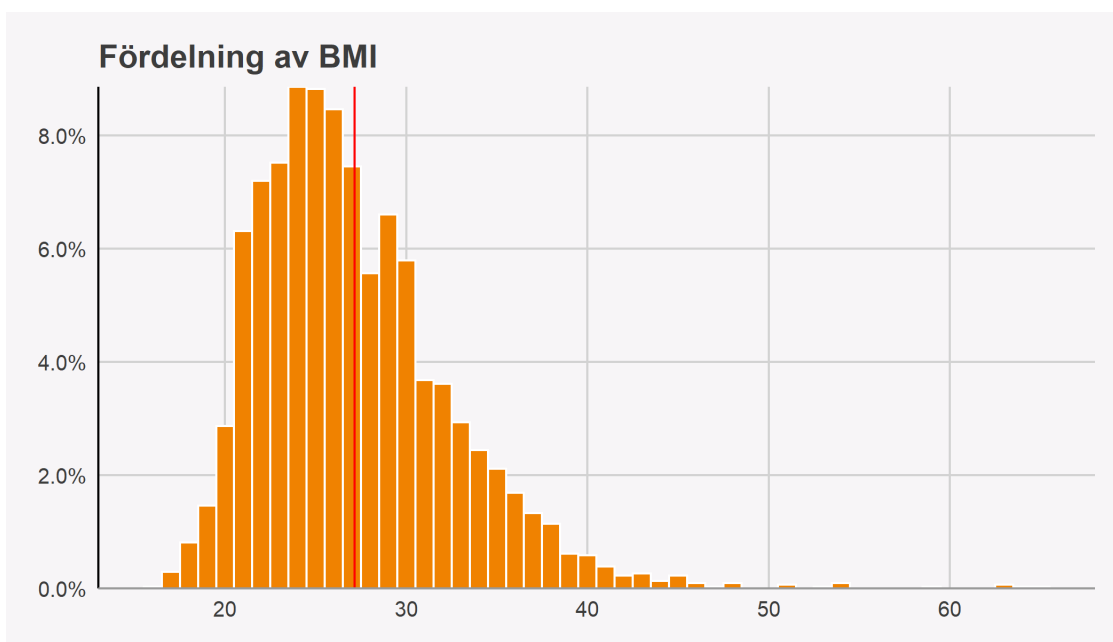
Figur 5. Indikationer för hysterektomi

Figur 5 visar att även läkarrapporterad indikation för hysterektomi anger blödning som huvudindikation i hälften av fallen, följt av tryck eller tyngd samt cervixdysplasi.

Fördelningen mellan patientangiven och läkarrapporterad indikation har inte ändrat sig nämnvärt jämfört med föregående årsrapporter.

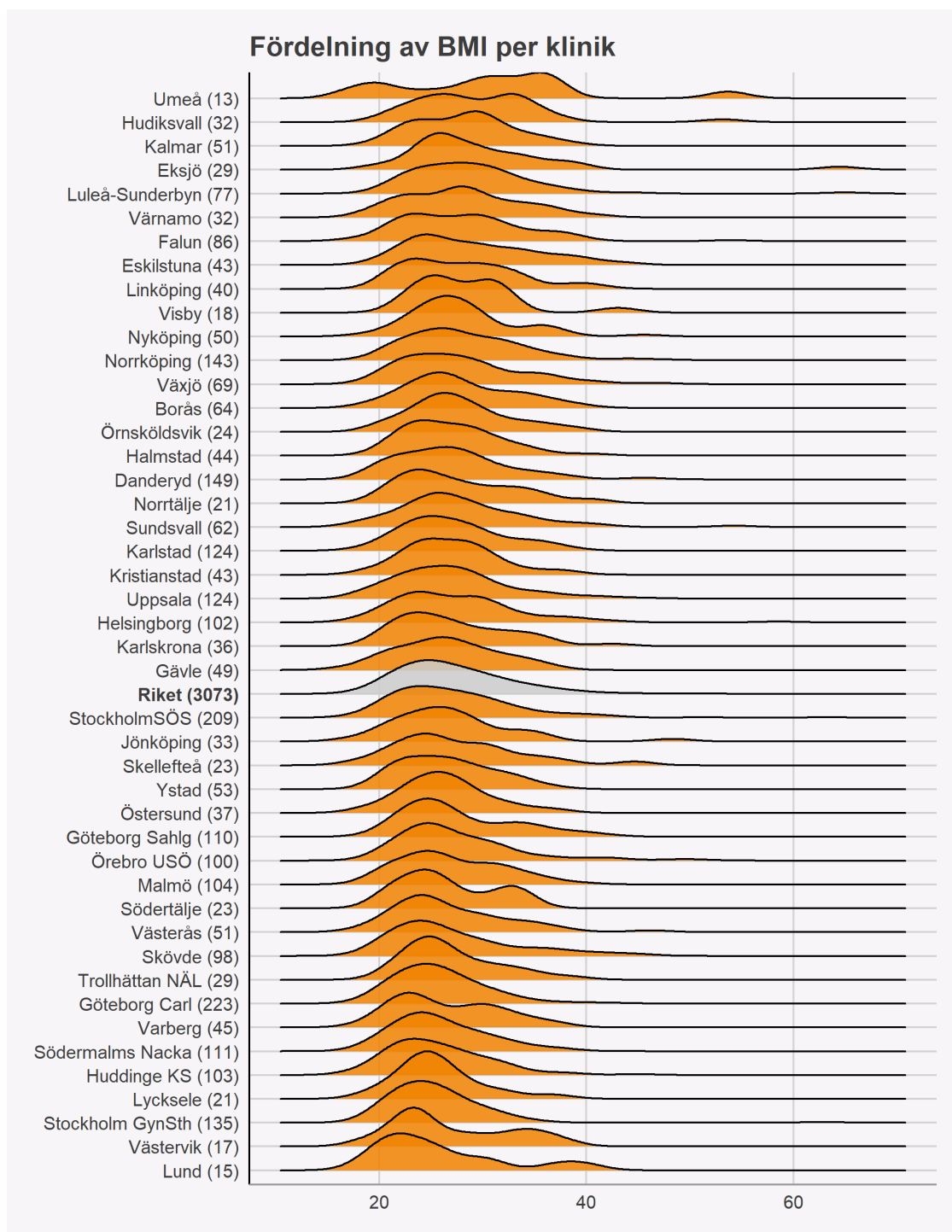
Demografi

BMI



Figur 6. Fördelning av BMI

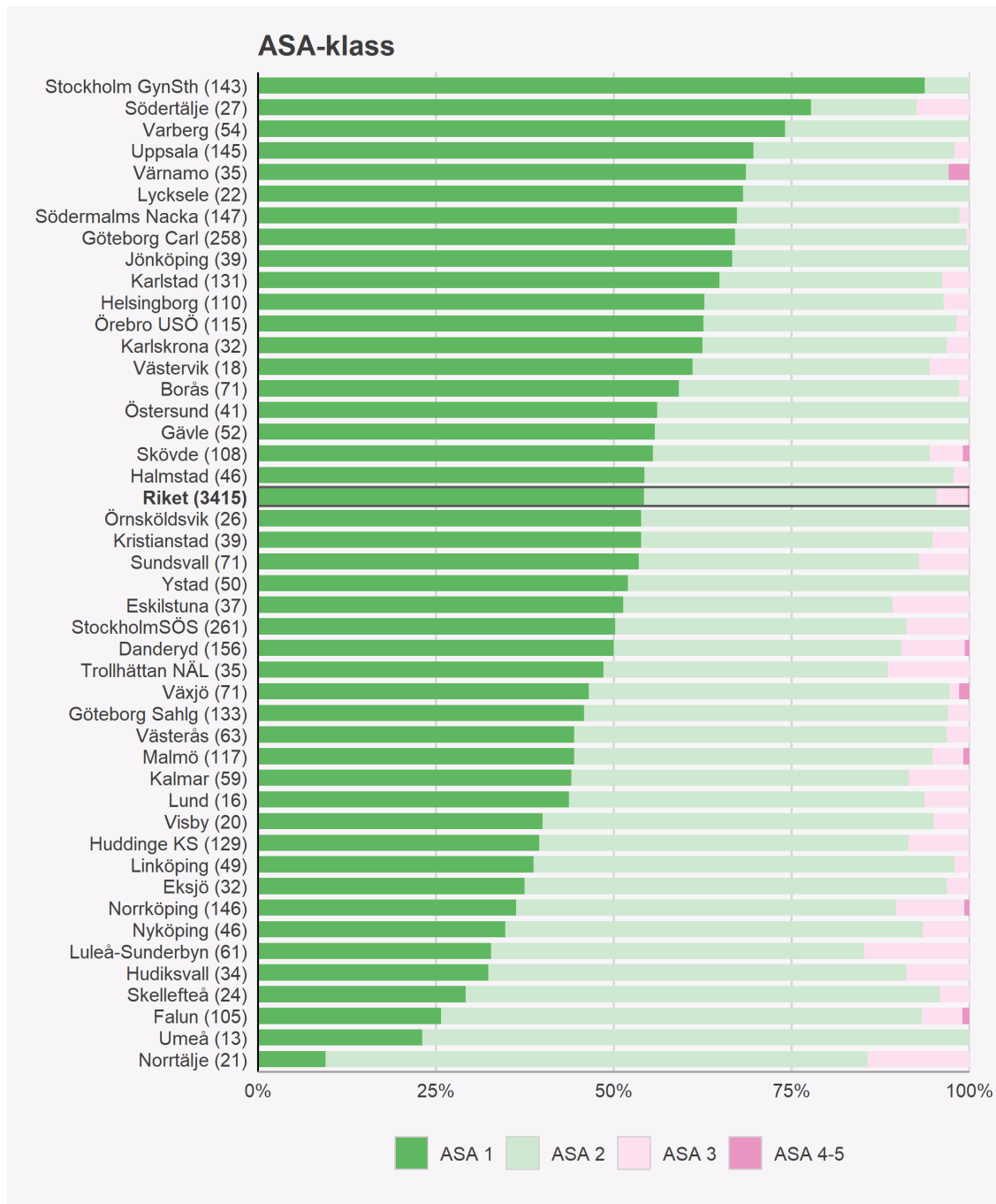
Medianvärdet för BMI hos de kvinnor som genomgår hysterektomi på benign indikation är 27,1.



Figur 7. Fördelning av BMI per klinik.

BMI-fördelningen är relativt lika på alla Sveriges kliniker.

ASA-klass

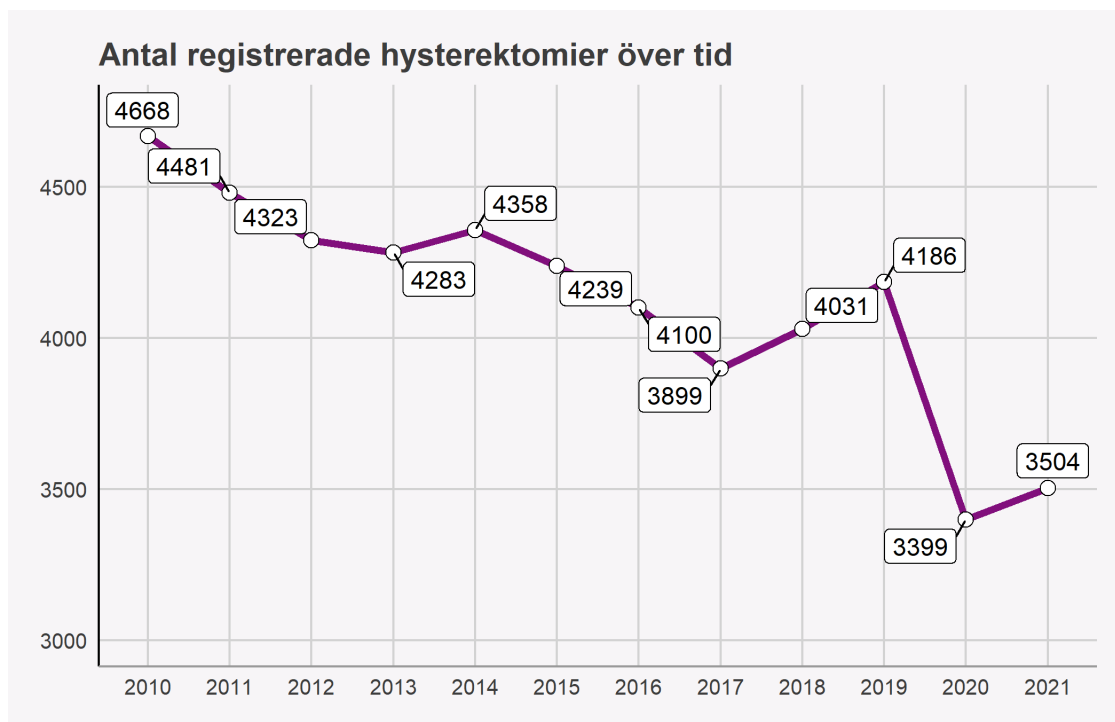


Figur 8. ASA-klass

Merparten (95,6 %) av de kvinnor som hysterektomeras i Sverige tillhör ASA klass 1–2 (figur 8). Andelen ASA 3 för riket är 4,4 % och enstaka kvinnor rapporteras som ASA 4–5 (!).

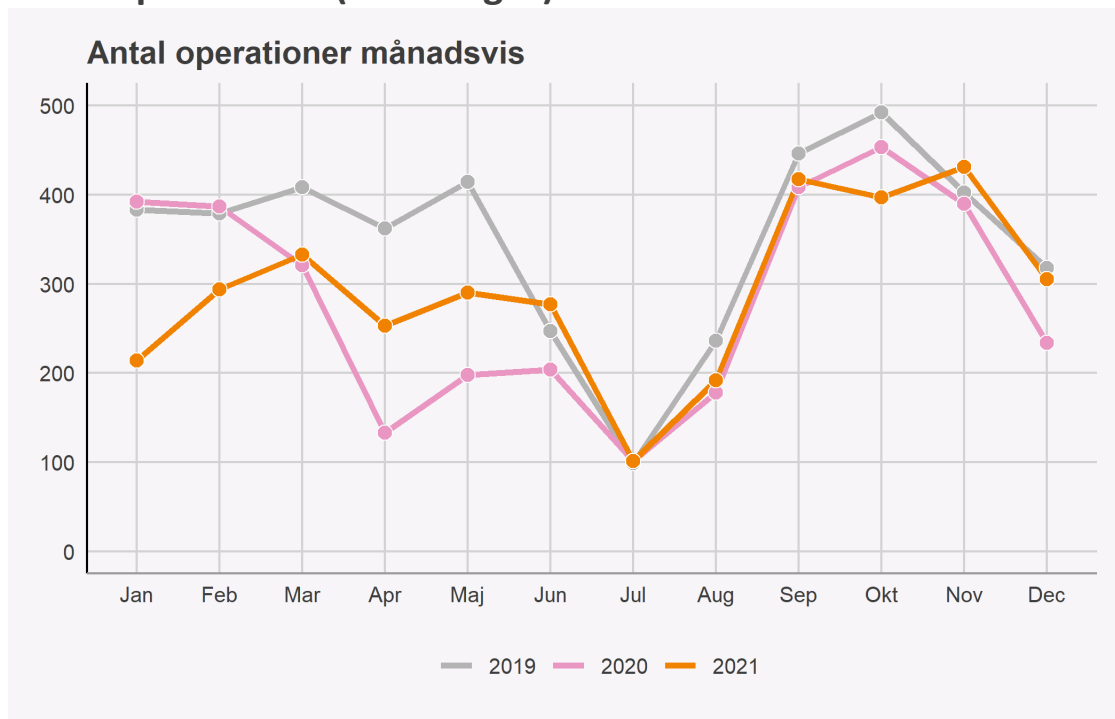
Utförda operationer

År 2021 registrerades 3504 hysterektomier på benign indikation i GynOp. Sammantaget skedde registrering vid 47 kliniker.



Figur 9. Antal hysterektomier på benign indikation registrerade i GynOp

Antal operationer (Covid-figurer)

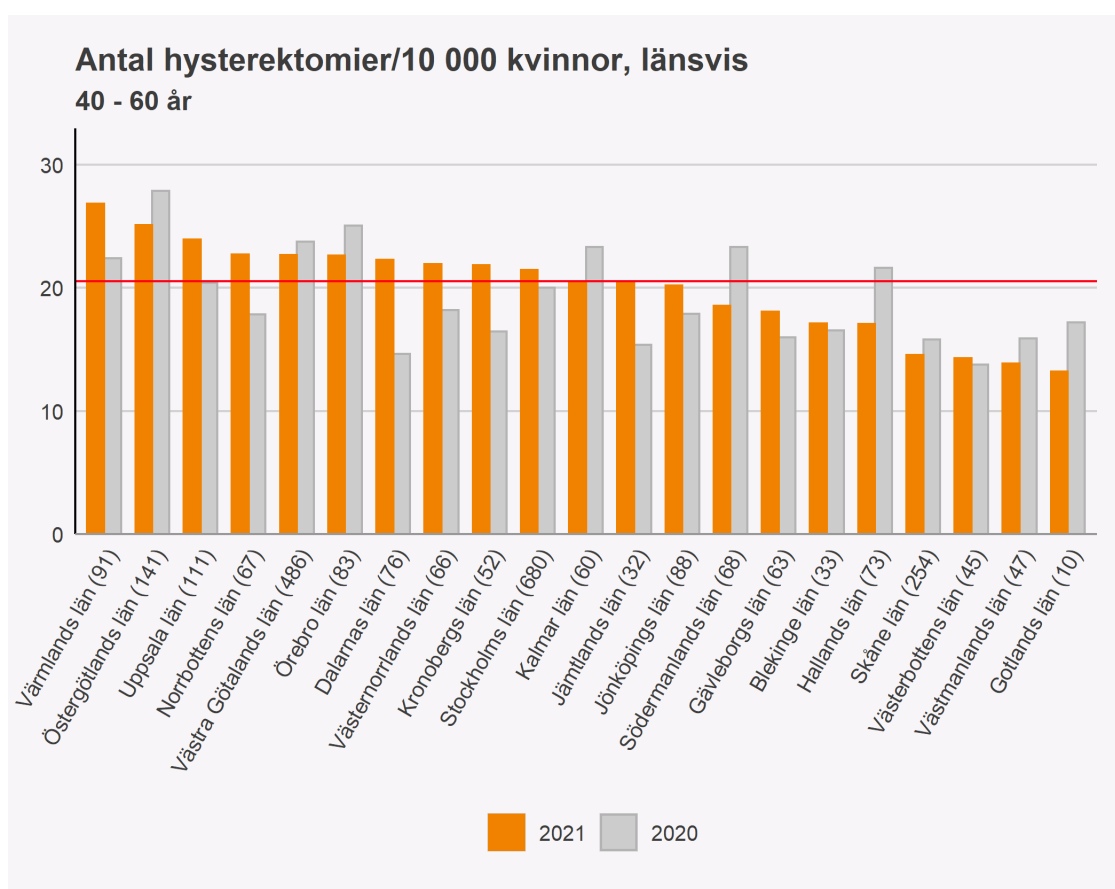


Figur 10. Antal operationer månadsvis. Figuren visar på Covid-pandemins påverkan på antalet utförda operationer.

En minskning av antalet hysterektomier på benign indikation skedde med 18,9 % under pandemiåret 2020, jämfört med år 2019 och den lägre nivån höll i stort sett i sig även år 2021. Operationstillgänglighet kan vara en bidragande faktor under pandemiåren.

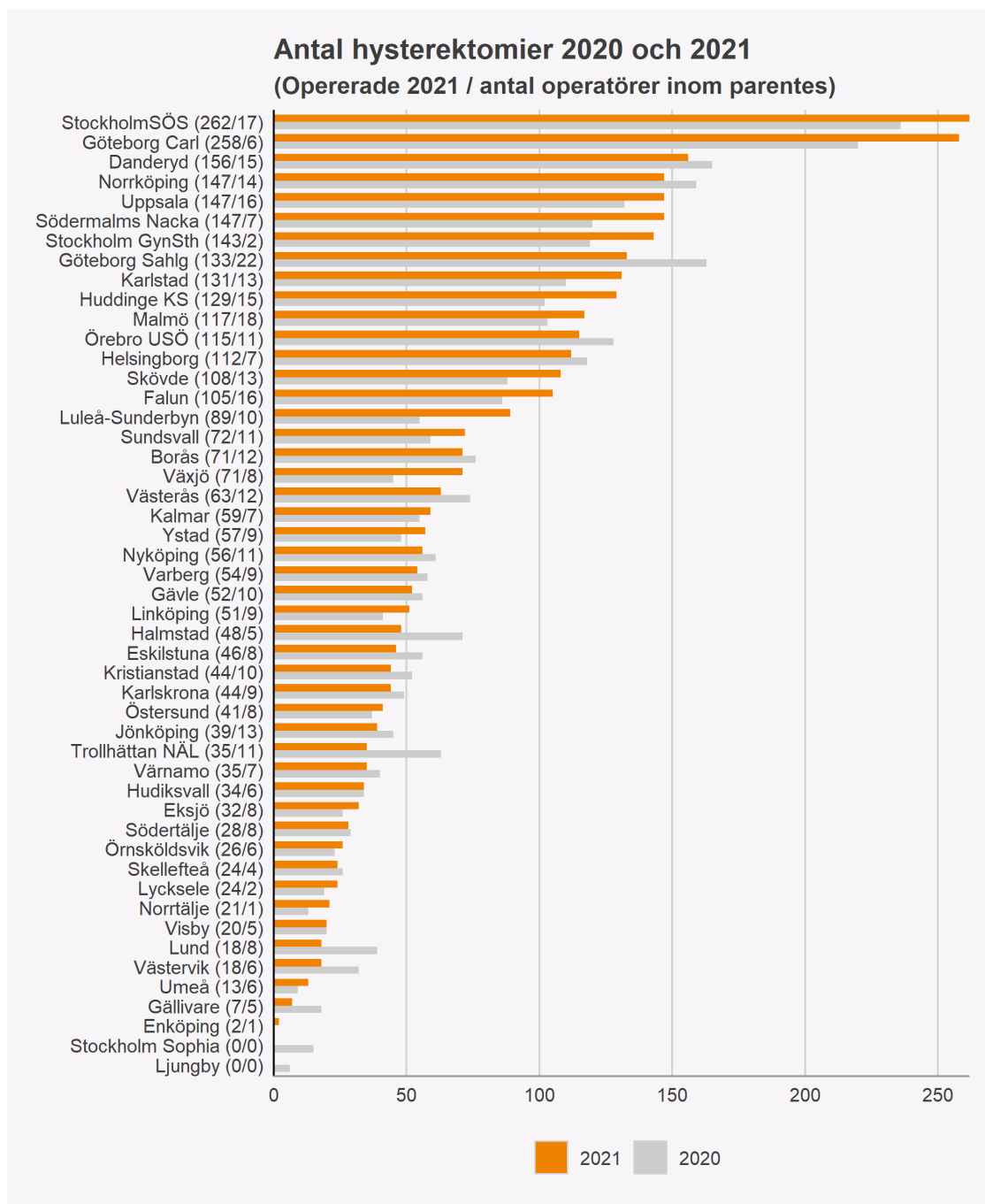
Notera dock i figur 10 ovan att det redan innan pandemin fanns en minskande trend i antalet hysterektomier på benign indikation mellan år 2010 och 2017, då antalet minskade med 11%. En möjlig förklaring till det minskande antalet hysterektomier på benign indikation under de åren kan vara att det har förekommit en ökad användning av Mirena (hormonspiral) samt att antalet operativa hysteroskopier har ökat. Vidare användes Esmya (Selektiv Estrogen Receptor Modulator - SERM) under åren 2013 till 2018. Nyligen har Ryeqo, ett kombinationspreparat med Relugolix, Noretisteron och Estradiol registrerats i Sverige. Förväntningarna är att preparatet ska kunna ha en god effekt på blödningskontroll och eventuellt även krympa myomstorlek hos kvinnor med symptomgivande myom, vilket är den dominerande orsaken till hysterektomi på benign indikation.

Antal utförda operationer



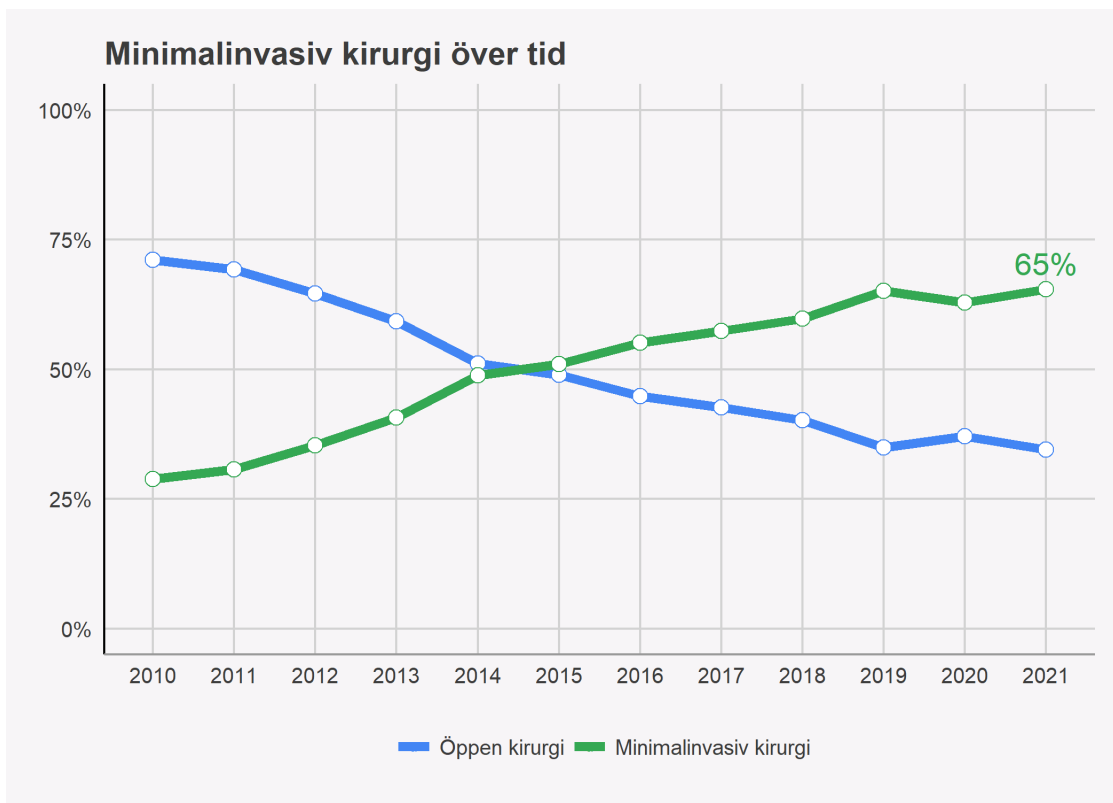
Figur 11. Antal hysterektomier/10 000 kvinnor (ålder 40–60 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021. Inom parentes visas antalet opererade för 2021.

I Sverige görs i riskgenomsnitt cirka 21 hysterektomier/10 000 kvinnor (röd linje i figuren ovan visar riksgenomsnittet). I nästa årsrapport kommer en tioårstrend för riksgenomsnittet att presenteras.



Figur 12. Antal hysterektomier 2020 och 2021

Södersjukhuset och Carlakliniken på Carlanderska har utfört flest hysterektomier på benign indikation under år 2021. Ljungby, Enköping och Gällivare har registrerat färre än 10 hysterektomier under 2021.



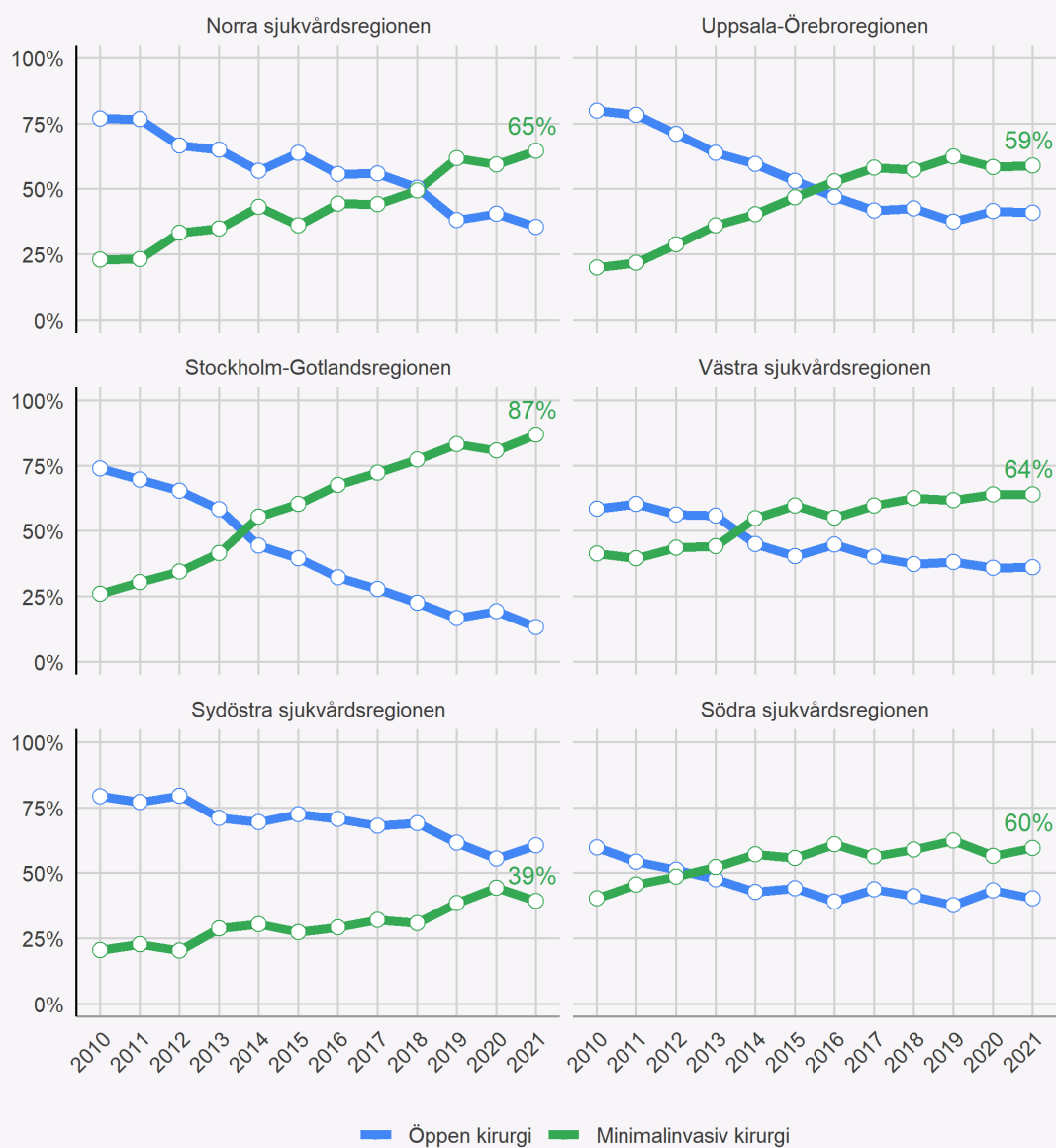
Figur 13. Minimalinvasiv kirurgi över tid

Andelen minimalinvasiv hysterektomi 2021: 65%. Andelen har varit konstant 2019–2021, trots pandemin.

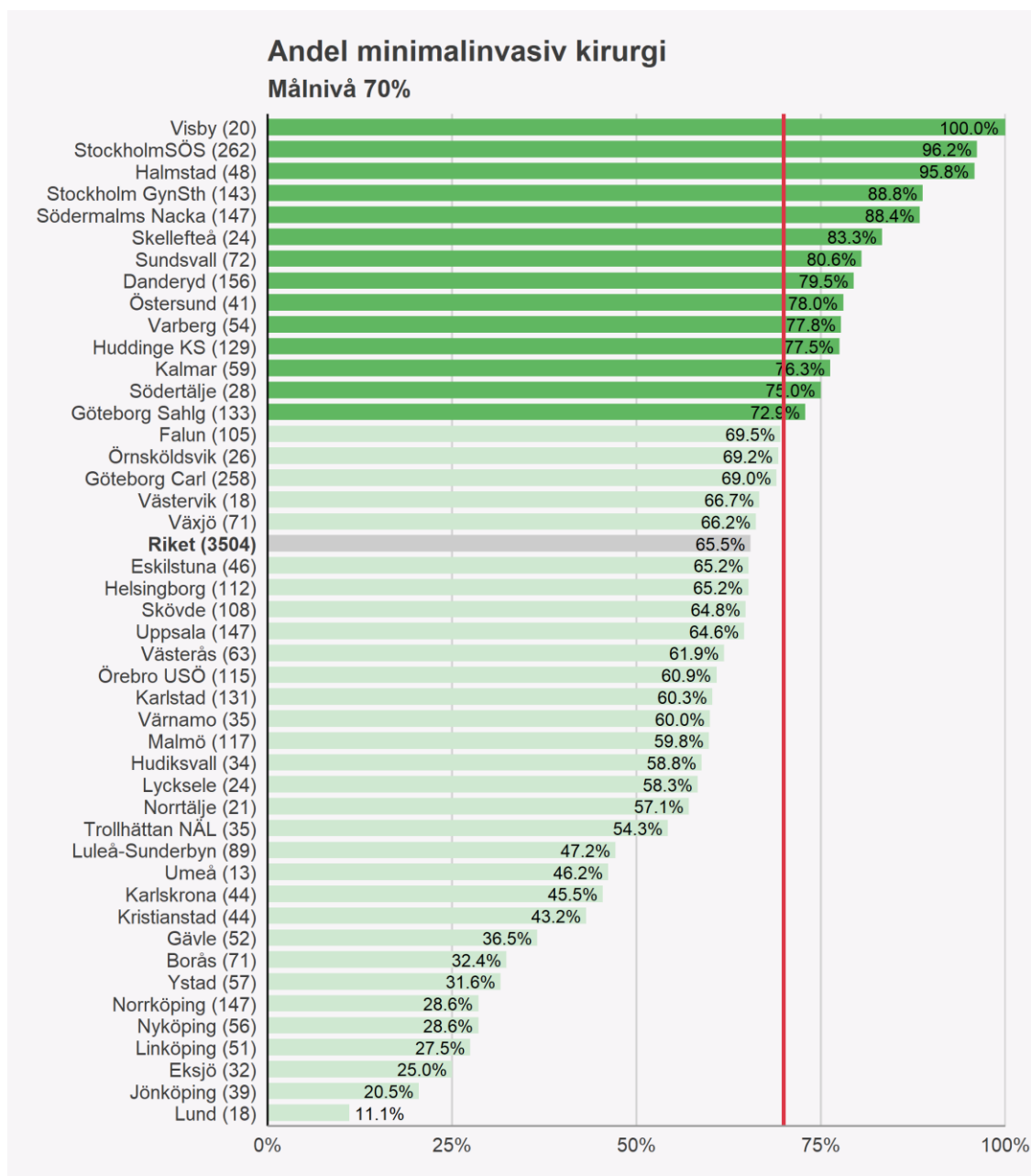
Minskningen av antalet hysterektomier under pandemiåren verkar inte ha lett till någon större nedgång i andelen som utförts med minimalinvasiv teknik. Det är glädjande, med tanke på de välkända vinster i förkortad vårdtid, sjukskrivning och en snabbare återgång i arbete som finns beskrivet vid användning av en minimalinvasiv operationsmetod. GynOp-registret har i samråd med SFOG satt ett målvärde att 70% ska utföras med en minimalinvasiv teknik vid hysterektomi på benign indikation. Arbete kvarstår för att nå upp till målvärdet i hela riket och en förbättringspotential finns på flera kliniker.

Figur 14 visar en uppdelning i sjukvårdsregioner. Det är tydligt att Stockholmsregionen driver den minimalinvasiva trenden i riket. I Stockholm-Gotlandregionen utförs 87% av hysterektomierna minimalinvasivt (både med vaginal, laparoskopisk och robotassisterad teknik). Västra och Norra sjukvårdsregionen ligger på riksgenomsnittet, men Södra, Sydöstra och Uppsala-regionen kan utveckla sin minimalinvasiva profil för att landet ska nå upp till målet. Figur 15 visar att 14 av 47 (29,8 %) kliniker i Sverige når det fastställda målet.

Minimalinvasiv kirurgi över tid



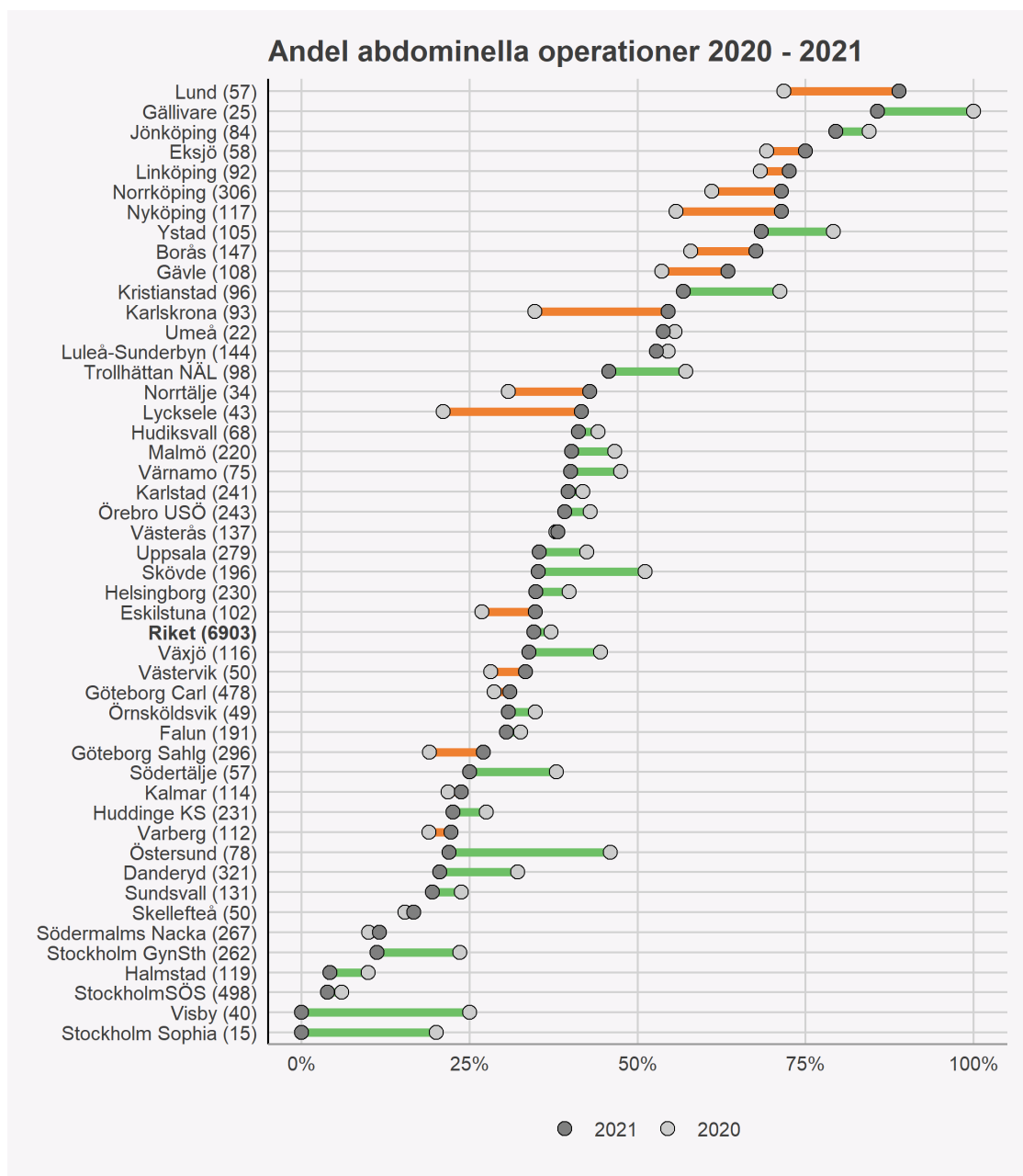
Figur 14. Minimalinvasiv kirurgi över tid, uppdelat per sjukvårdsregion.



Figur 15. Andel minimalinvasiv kirurgi uppdelat per klinik.

Figur 15 visar att 13 av de 47 deltagande klinikerna utför mer än 75% av sina hysterektomier med minimalinvasiv kirurgi. Sju kliniker utför 80 % av sina hysterektomier med minimalinvasiv teknik. Bland dessa kliniker återfinns flera av de volymmässigt största klinikerna.

Förhoppningsvis kommer en successiv utveckling mot högre andel minimalinvasiv teknik vid hysterektomi att ske de närmaste åren.



Figur 16. Andel abdominella operationer 2020 – 2021 (grönt för mindre andel abdominella operationer och orange för större andel abdominella operationer)

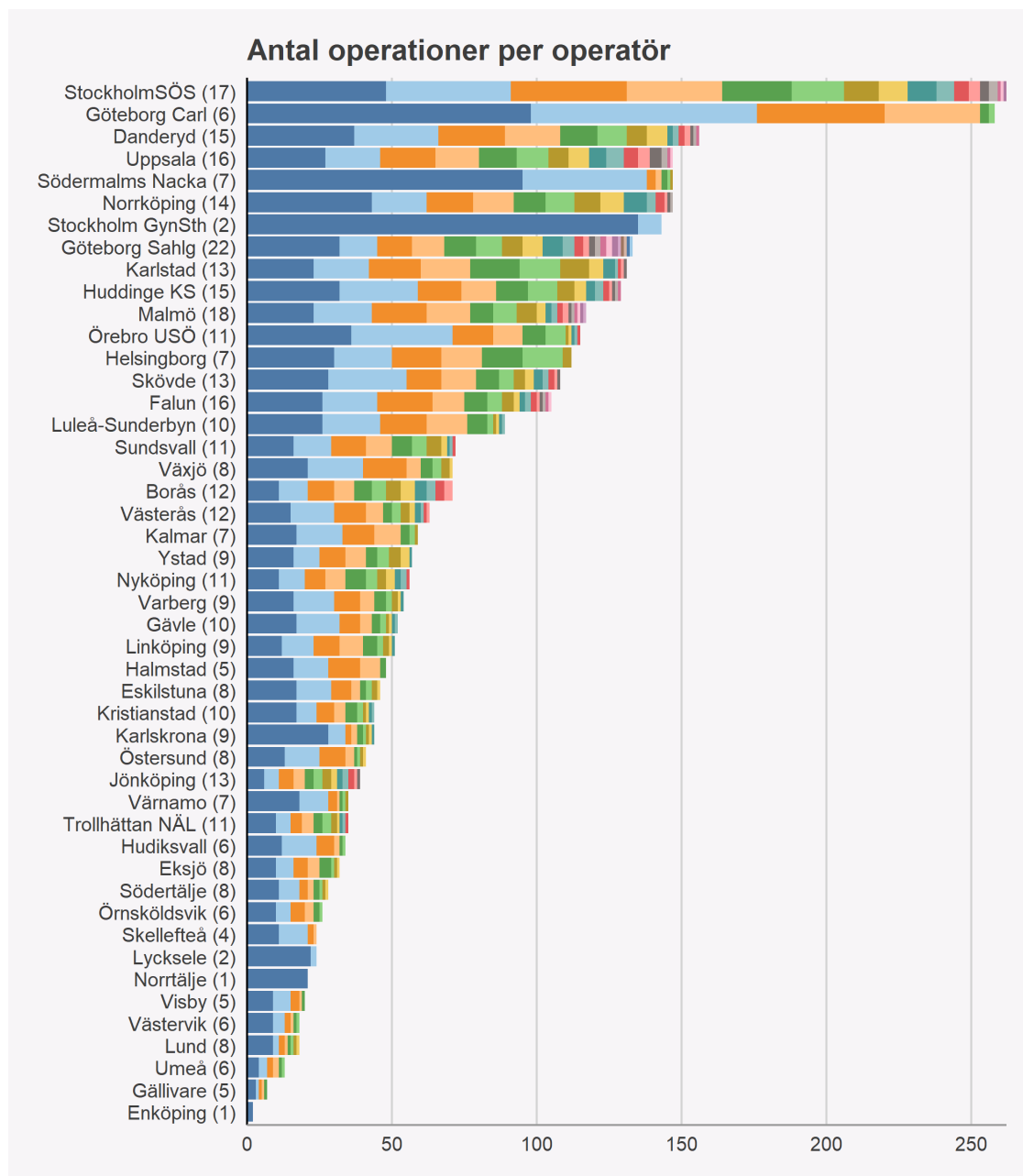
Flera kliniker har Covid-pandemin till trots minskat sin andel abdominella operationer betydligt. De fyra kliniker som har minskat andelen abdominella mest är: Visby, Östersund, Skövde och Kristianstad. Grattis till väl utförd arbetsinsats!

Varje år vi presenterar de kliniker som har lyckats med störst minskning i andelen abdominella hysterektomier, tillkommer nya kliniker, vilket är glädjande. Dock finns det 13 kliniker som har gjort en högre andel laparotomier jämfört med föregående år, såsom Karlskrona, Lycksele, Lund och Nyköping (se orange linje i figur 16).

Tabell 2. Kliniker som minskat den abdominella kirurgin sedan föregående år.

Sjukhus	Abdominella 2020	Abdominella 2021	Minskning i procentenheter
Visby	25.0%	0.0%	25.0%
Östersund	45.9%	22.0%	24.0%
Skövde	51.1%	35.2%	16.0%
Kristianstad	71.2%	56.8%	14.3%

Antal operationer per operatör

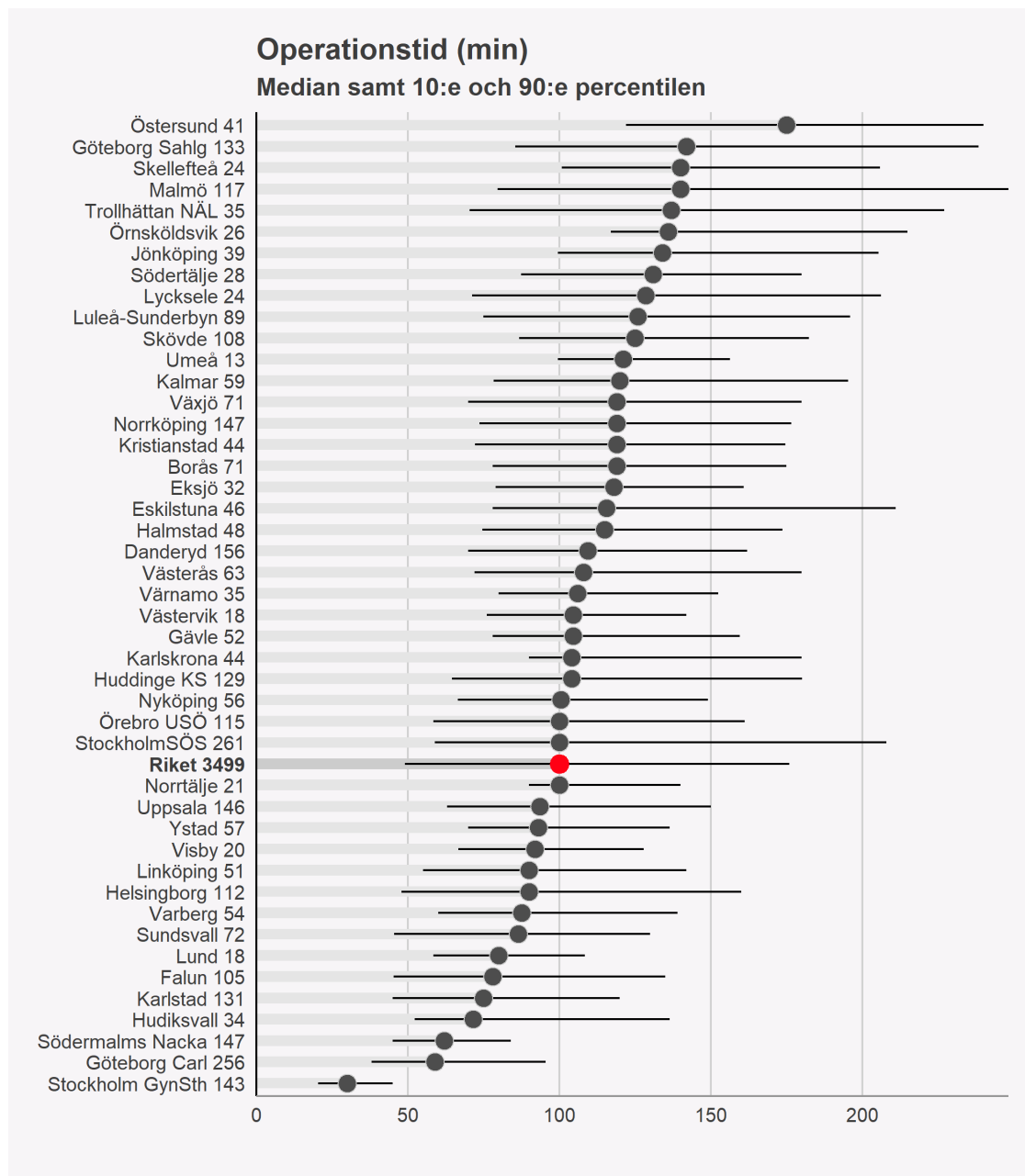


Figur 17. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikens stapel. Antalet operatörer per klinik presenteras inom parentes.

Ett fåtal operatörer i Sverige har väsentligt högre operationsvolym jämfört med övriga. Det är sedan tidigare visat att högvolumsoperatörer inom andra kirurgiska specialiteter har en lägre grad av komplikationer. En separat analys av GynOp-data kan lämpa sig som ett forskningsprojekt, om någon är intresserad. Bland högvolumskliniker utförs minimal hysterektomi med

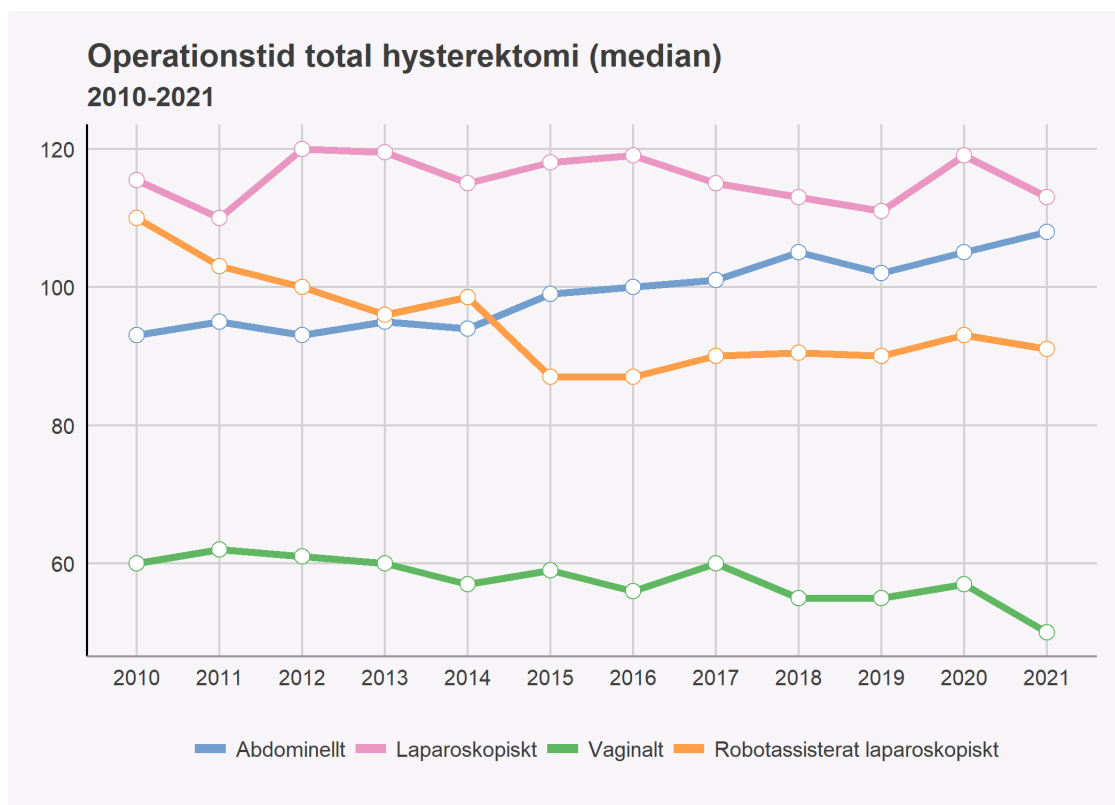
både robotassisterad laparoskopisk hysterektomi (96,4 respektive 69,0 %), vaginal hysterektomi (88,8 %) respektive laparoskopisk hysterektomi (88,4 %). Dessa operatörer har blivit bra på sin metod och vi vet att minimalinvasiv metod gagnar kvinnorna. Vilken minimalinvasiv metod som väljs tycks vara av mindre betydelse. De flesta operatörer i Sverige utför som mest två hysterektomier per månad, oftast betydligt färre.

Operationstid



Figur 18. Operationstid (min)

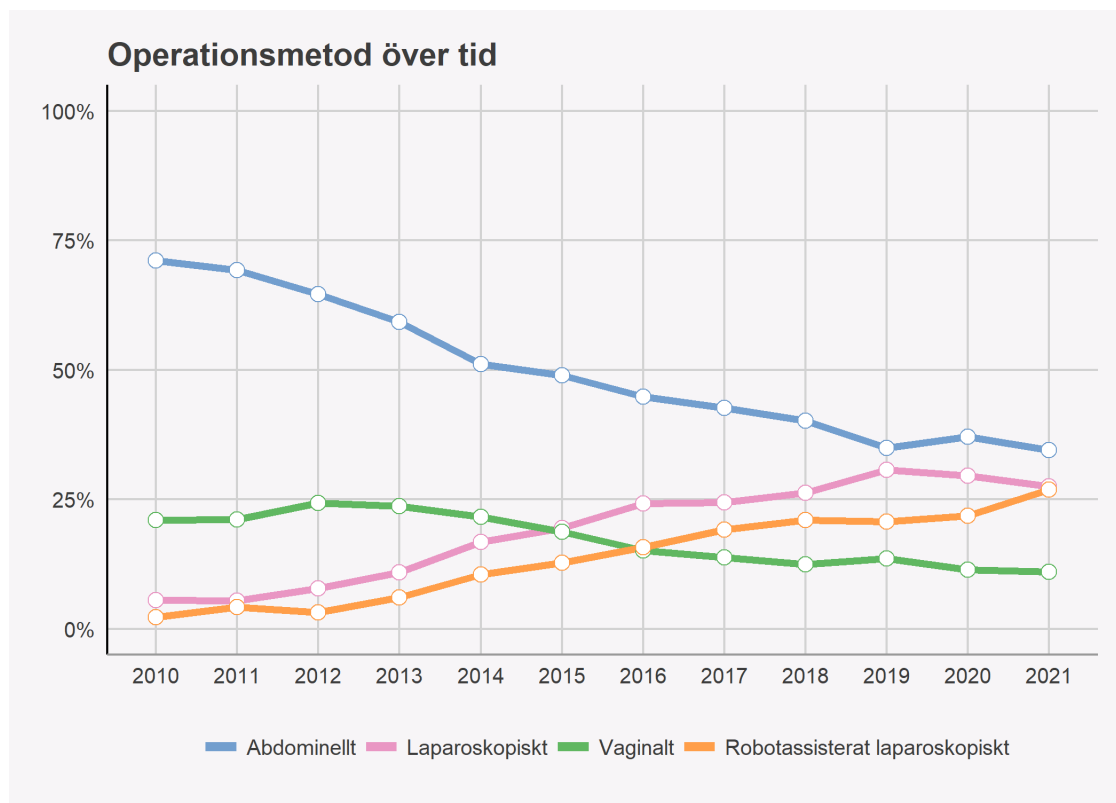
Medeloperationstiden i Sverige för att göra en hysterektomi på benign indikation är som tidigare år 100 minuter, det vill säga drygt 1,5 timmar. På den långsammaste och robot-profilerade kliniken Östersund tar det i genomsnitt 175 minuter, det vill säga knappt tre timmar att utföra en hysterektomi. De tre snabbaste kliniker (högvolymkliniker) gör samma arbete på mellan 35 och 65 minuter (med vaginal teknik, robot respektive laparoskopi).



Figur 19. Operationstid total hysterektomi (median)

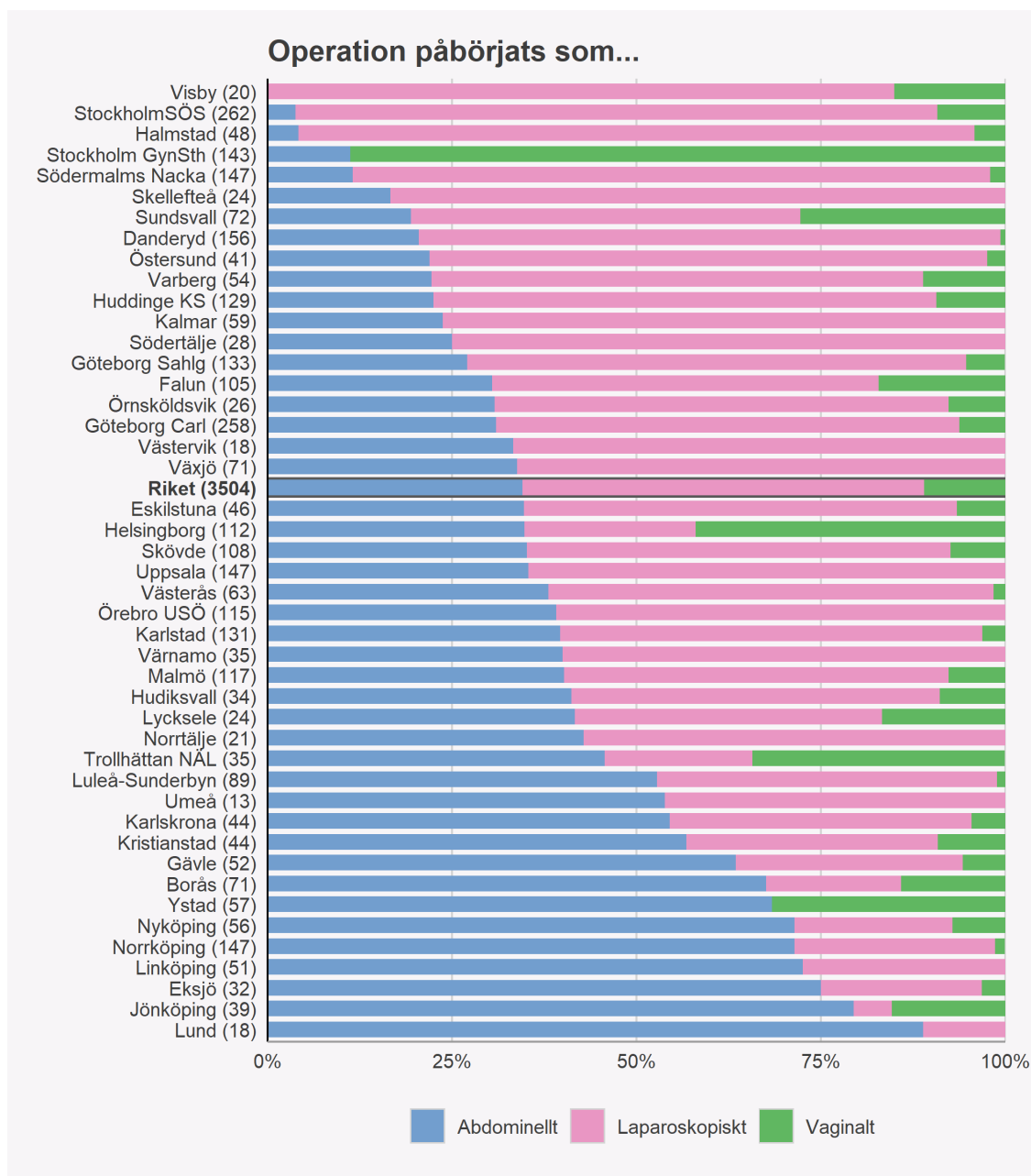
Figur 19 visar en genomgång av de olika operationsteknikerna på riksnivå och den utveckling som har skett under åren 2010–2021. Initialt var operationstiden för robotassisterad hysterektomi lika lång som för laparoskopisk hysterektomi, men den har kortats betydligt. Operationstiden för abdominell hysterektomi har ökat, eventuellt på grund av en selektion till större livmödrar och därmed möjligen tekniskt besvärligare operationer. Operationstiden är sedan år 2011 längst för laparoskopisk teknik, följt av abdominell och robotassisterad hysterektomi. Snabbast teknik är vaginal hysterektomi, sjunkande över tid.

Operationsmetoder



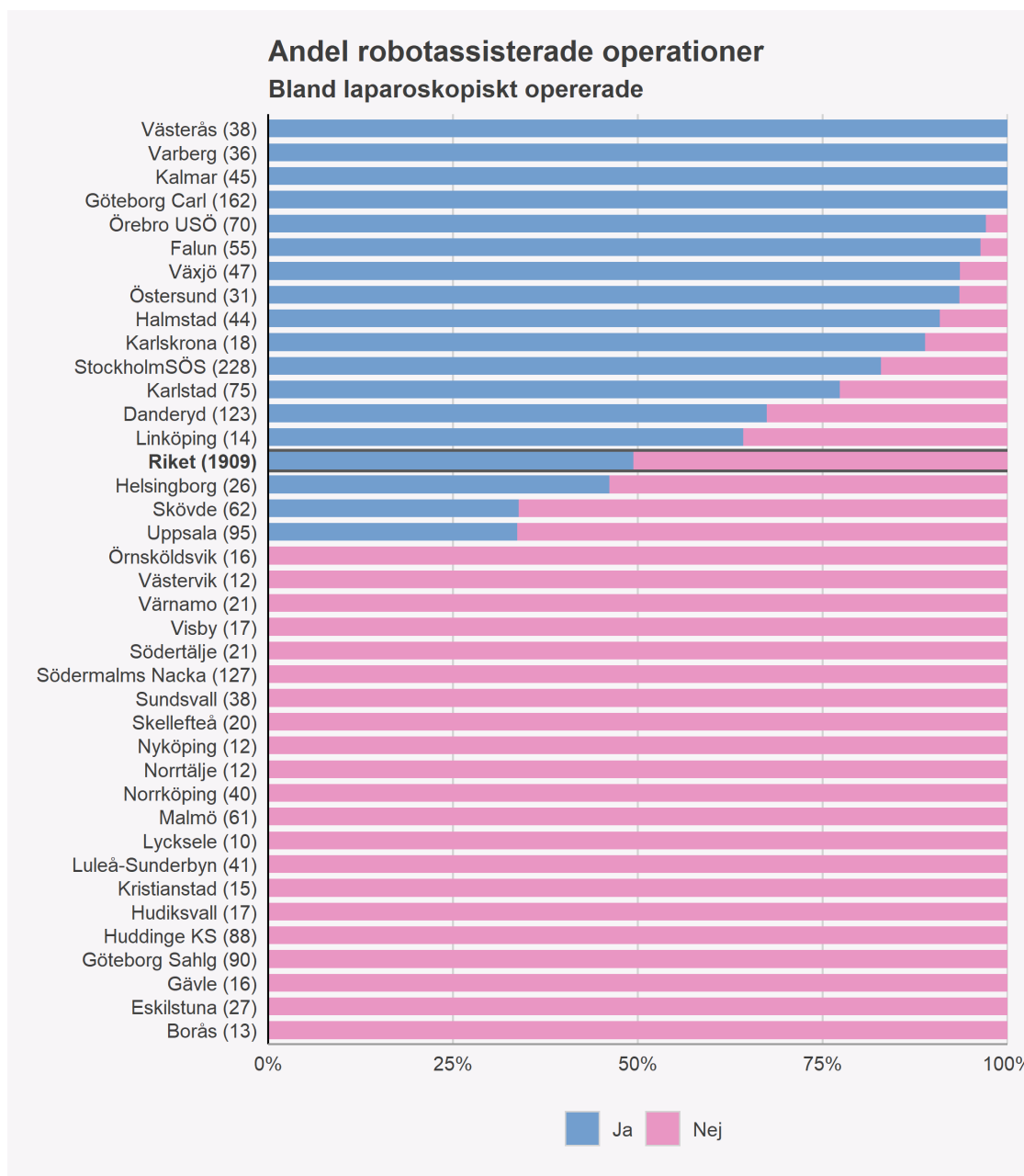
Figur 20. Operationsmetod över tid

Laparoskopisk hysterektomi är den vanligaste minimalinvasiva metoden (27,6 %), följd av robotassisterad (26,9 %) och vaginal hysterektomi (11,0 %). Abdominell hysterektomi utförs vid 34,5 % av operationerna i riket (figur 20). Några procent laparotomier tycks ha övergått till robotassisterad hysterektomi.



Figur 21. Operation påbörjats som...

Många kliniker behärskar flera operationstekniker, andra är mer profilerade.



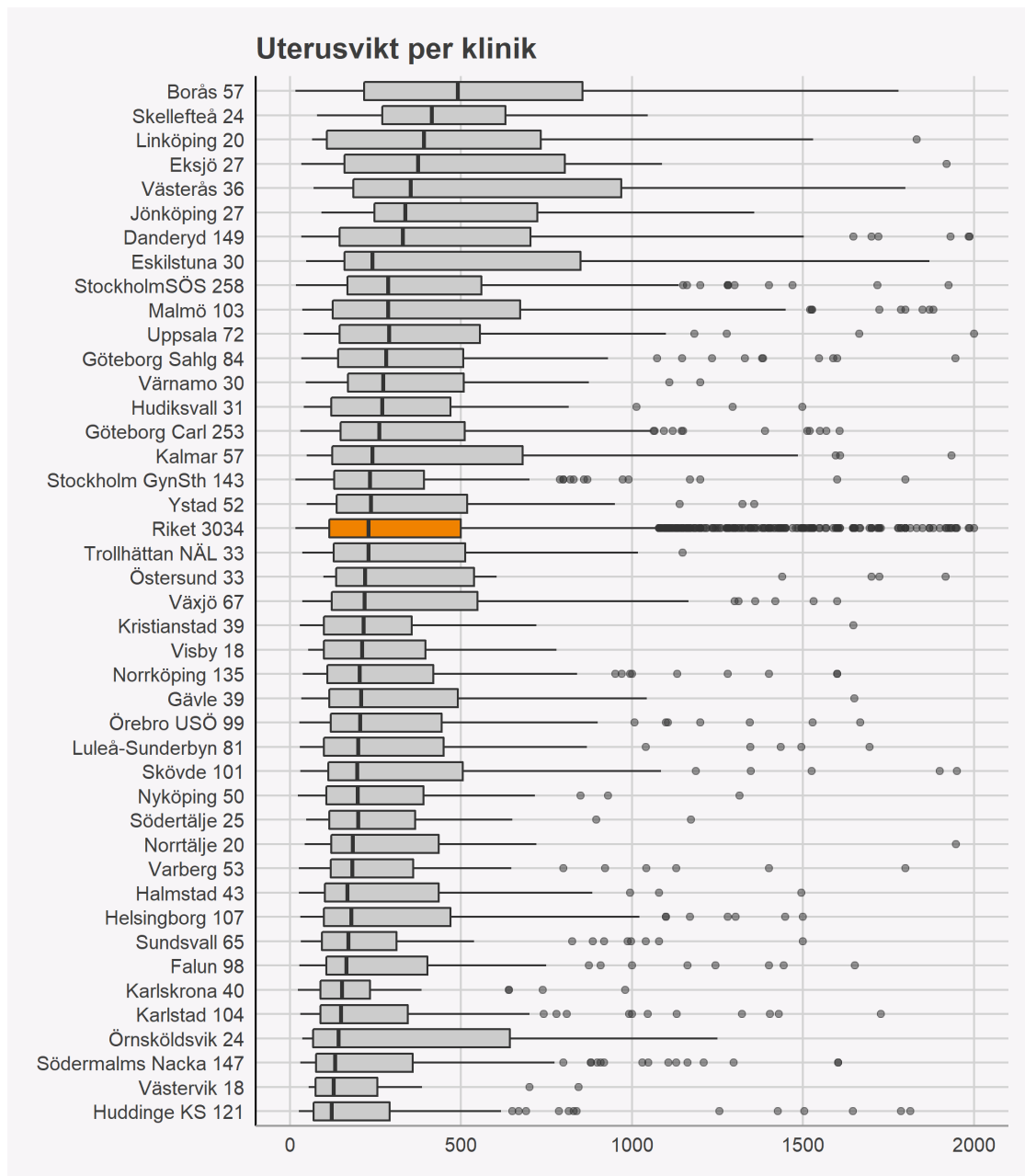
Figur 22. Andel robotassisterade operationer.

Tabell 3. Andel minimalinvasiva uppdelat på om robot finns.

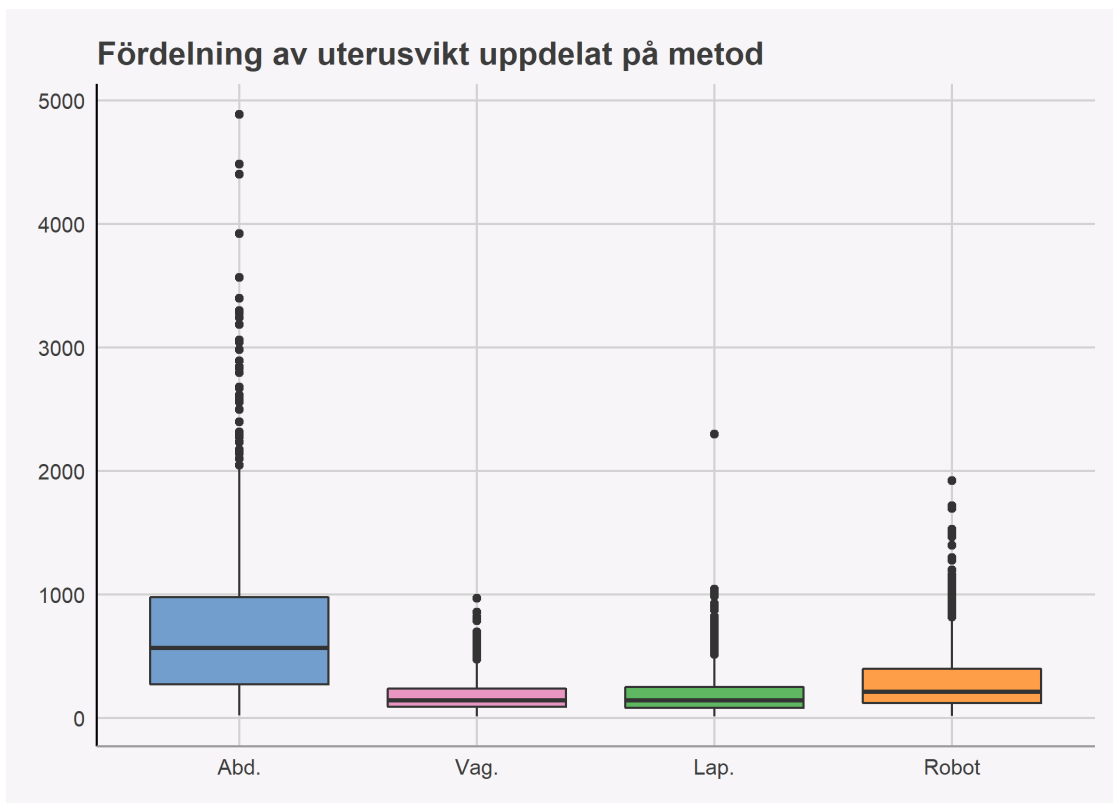
	Minimum	Median	Maximum
Robot saknas	14%	59%	100%
Robot finns	11%	65%	96%

På 19 av 47 kliniker (40 %) har det utförts robotassisterade operationer under år 2021. Tabell 3 indikerar att robot tycks ge en högre andel minimalinvasiv kirurgisk profil, stigande med fyra procentenheter sedan föregående år. Även den minimalinvasiva profilen om robot saknas på kliniken har ökat med tre procentenheter.

Uterusvikt

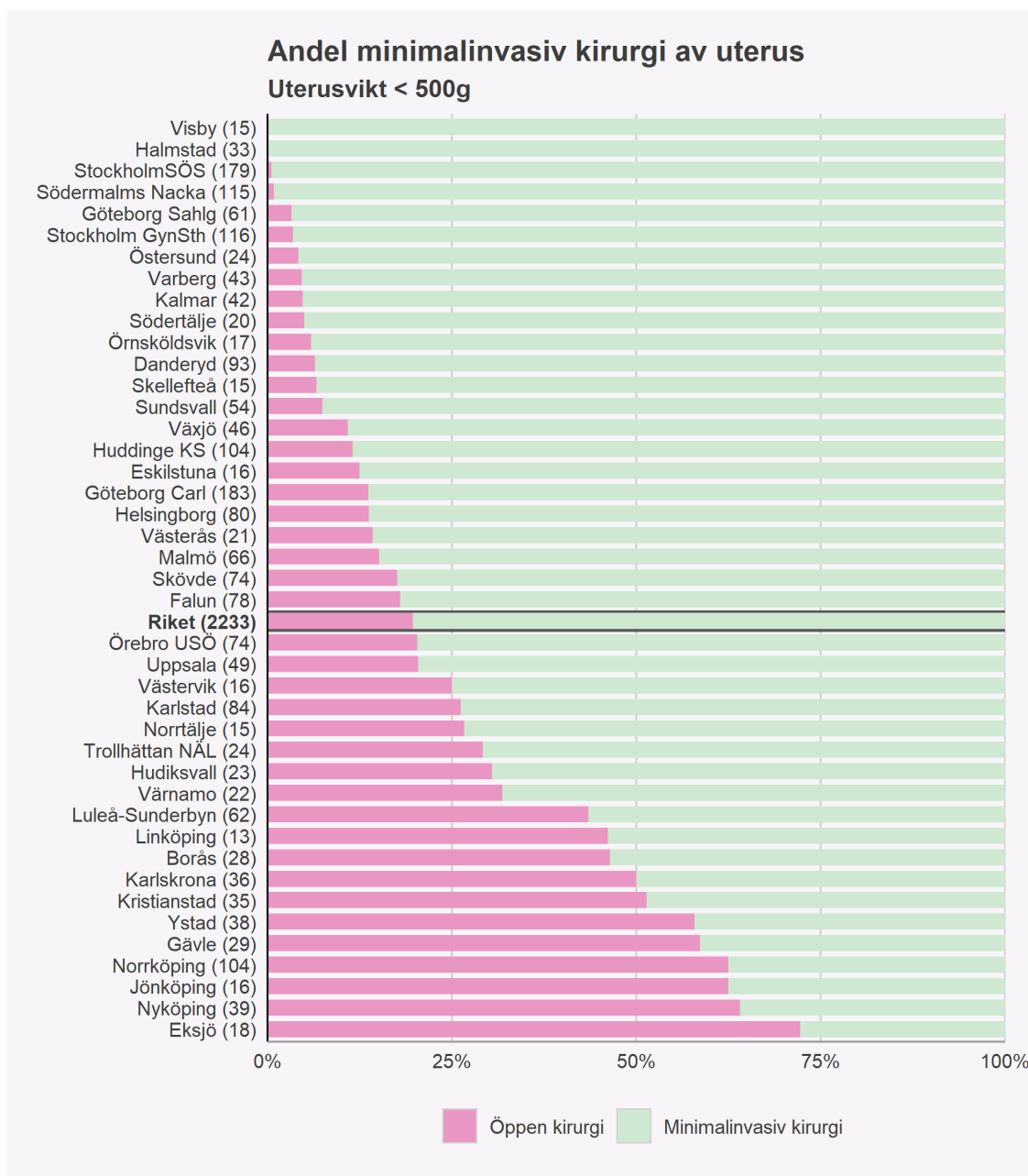


Figur 23. Uterusvikt per klinik (medianvärde).



Figur 24. Fördelning av uterusvikt uppdelat på metod. Medianvärde för abdominell hysterektomi är 570 gram. För vaginal och laparoskopisk kirurgi är medianvärdet 144 gram och för robotassisterad är det 216 gram.

Figur 24 visar att abdominell teknik används i högre grad när förväntad uterusvikt har medianvärde 570 gram eller mer. Medianvärdena för de minimalinvasiva hysterektomimetoderna visar små skillnader i uterusvikt (något högre för robot).

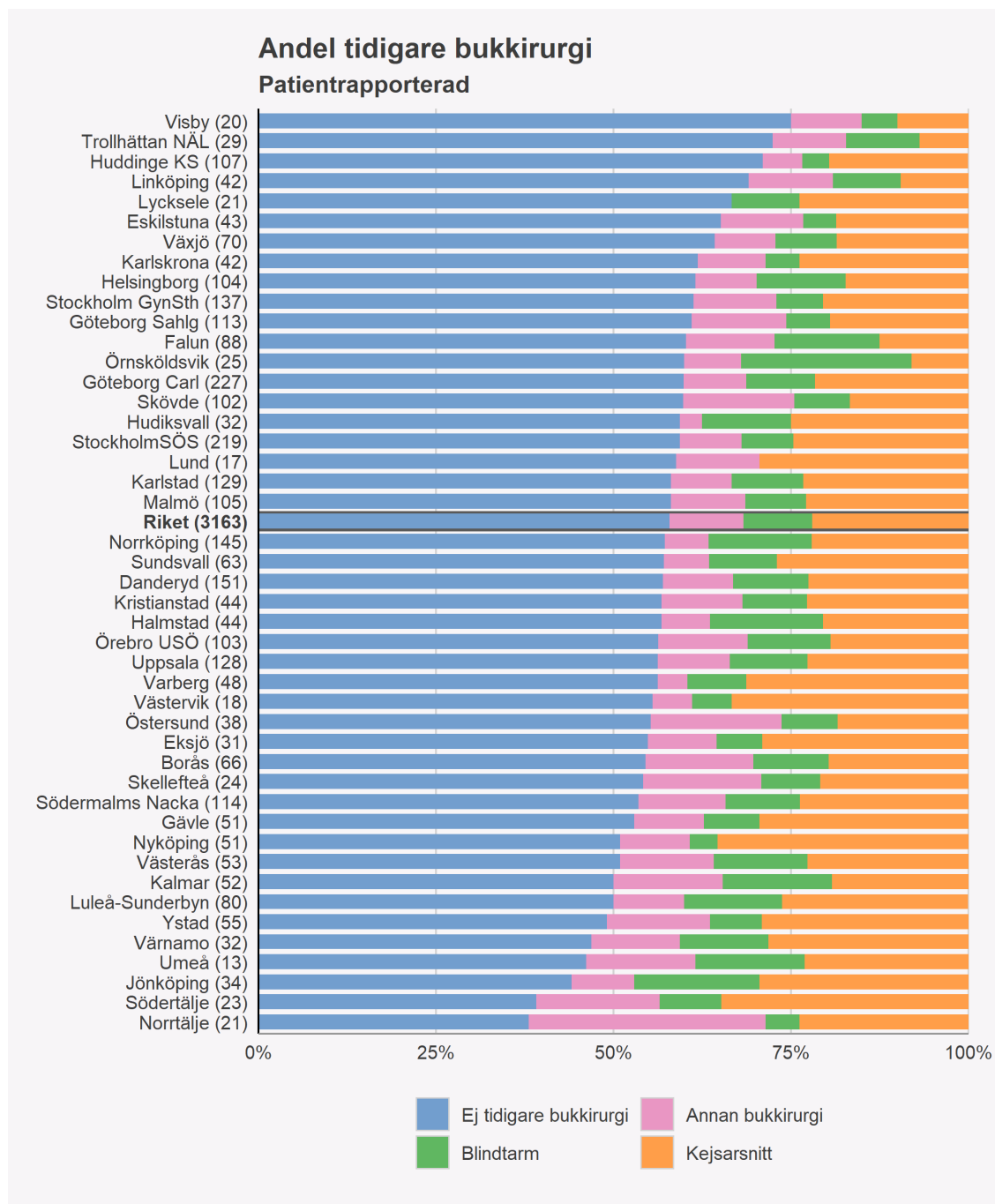


Figur 25. Andel minimalinvasiv kirurgi av uterus

Figur 25 tydliggör att de flesta livmödrar med vikt mindre än 500 gram kan opereras med en minimalinvasiv metod. Riksgenomsnittet visar att knappt 80% av alla hysterektomier med uterusvikt mindre än 500 gram opereras med en minimalinvasiv metod. Här finns det förbättringspotential för många kliniker (17 av 47), vilket torde kunna bidra till att få upp riksgenomsnittet för andel minimalinvasiv hysterektomi på benign indikation.

Högvolumsklinikerna använder i högre grad minimalinvasiv teknik då uterus väger mindre än 500 gram.

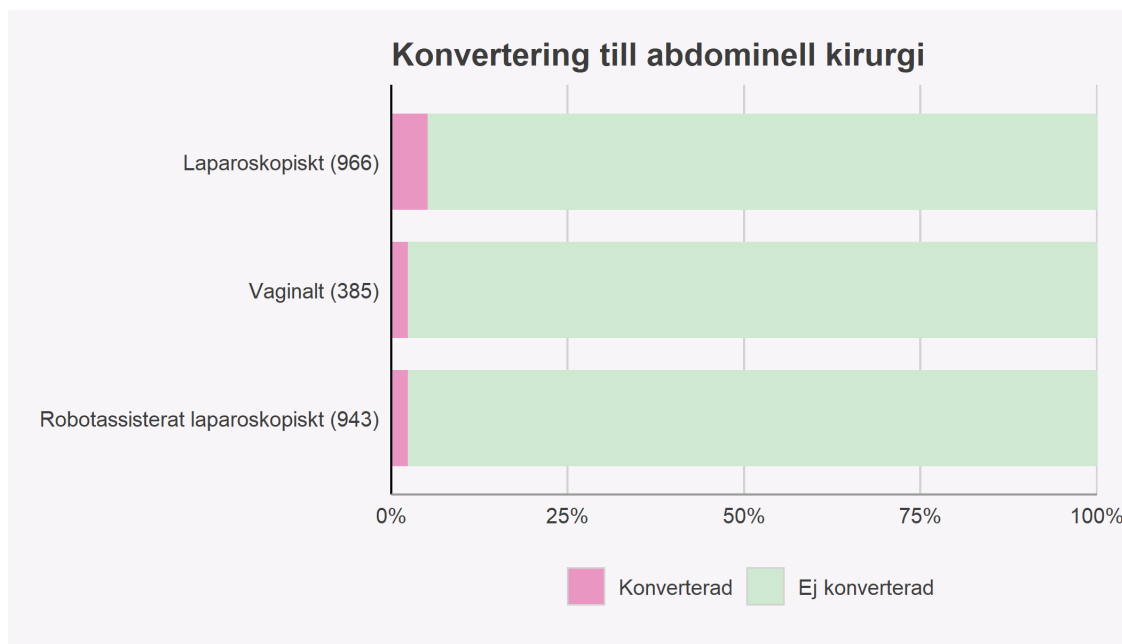
Tidigare bukkirurgi



Figur 26. Andel tidigare bukkirurgi

Andel tidigare bukkirurgi, vilket skulle kunna utgöra en försvårande faktor för minimalinvasiv kirurgi, skiljer sig inte hos de flesta av klinikerna med minimalinvasiv profil.

Konvertering

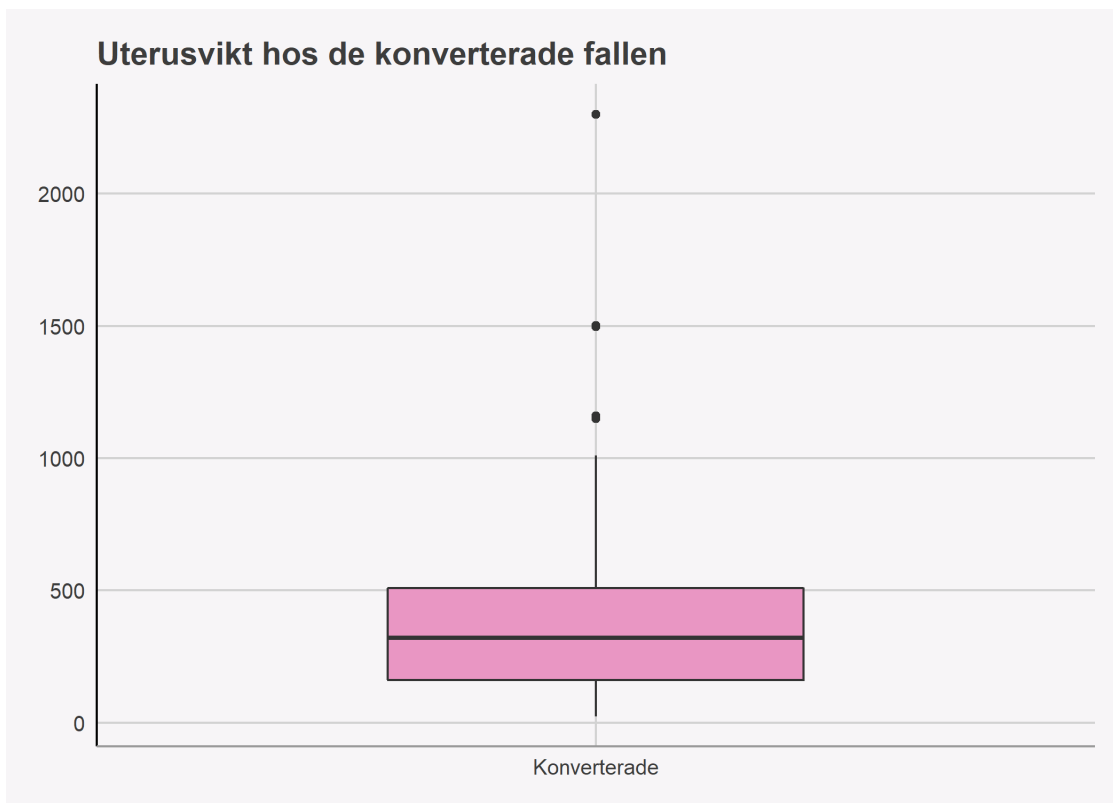


Figur 27. Konvertering till abdominell kirurgi

Av de hysterektomi som utfördes med minimalinvasiv teknik var det enbart 3,5 % (81 av 2294) som konverterades till abdominell teknik. Antalet hysterektomier som behöver konverteras är således begränsat. Föregående år var antalet 101 st. Andelen konverterade laparoskopier har sjunkit från 7,06% år 2020 till 5,2 % år 2021. Konverteringssiffrorna för både vaginal och robot har sjunkit marginellt, men ligger i princip på samma nivå som föregående år.

Tabell 4. Konvertering till abdominell kirurgi, uppdelat på metod

Primär incision	Antal	Total	Andel
Laparoskopiskt	50	966	5.2%
Vaginalt	9	385	2.3%
Robotassisterat laparoskopiskt	22	943	2.3%



Figur 28. Uterusvikt hos de konverterade fallen

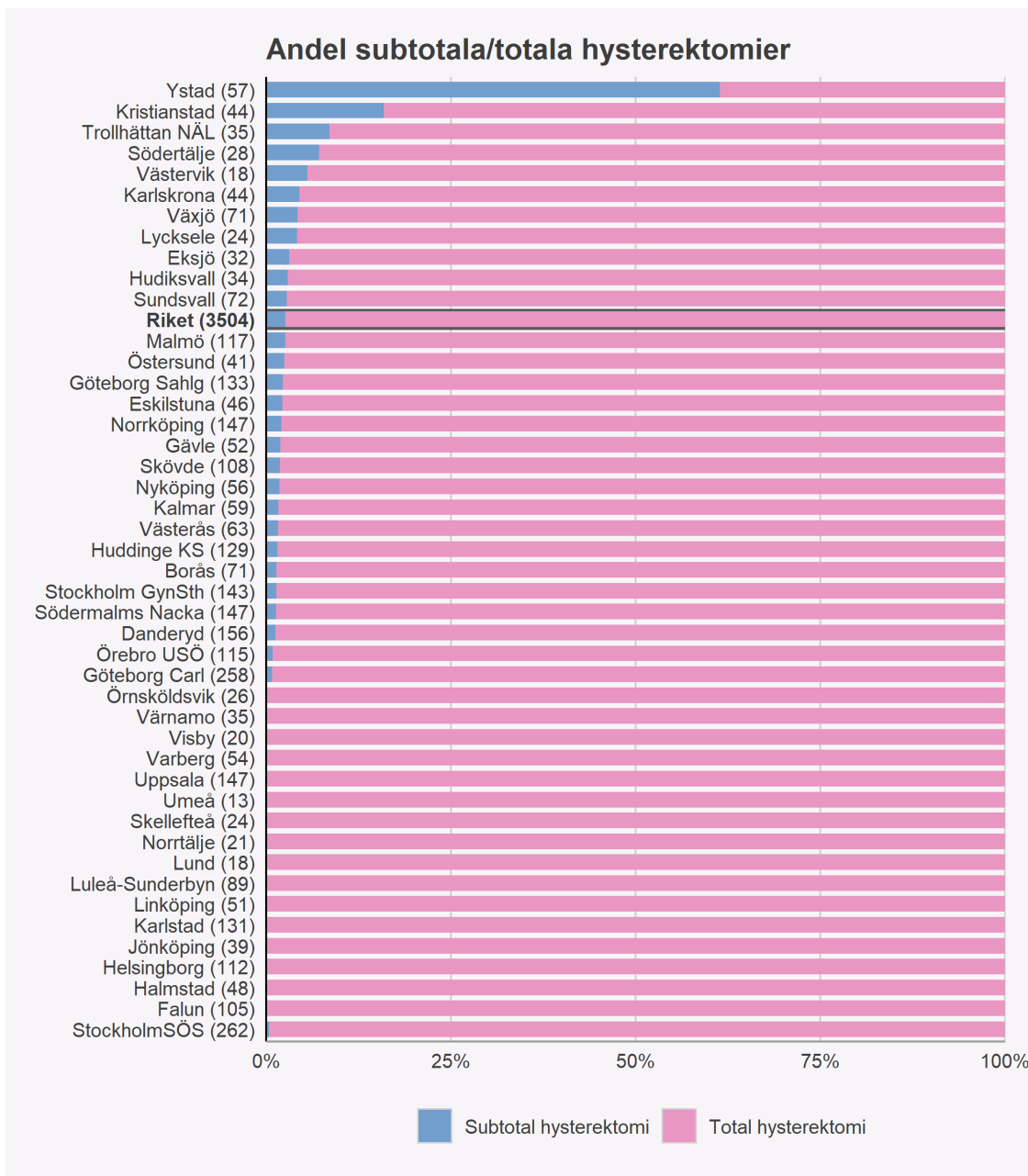
Medianvikten av de konverterade fallen är 320 g, ungefär samma viktnivå som 2020 (360 g).

Flera centra i Sverige gör en mycket hög andel hysterektomier eller samtliga med minimalinvasiv metod om uterusvikten understiger 500 g, var god se figur 25.

Med utbildning i minimalinvasiva hysterektomimetoder borde konverteringssiffrorna kunna fås ner ytterligare något. De sjukhus som har infört en minimalinvasiv teknik i stället för abdominell hysterektomi kommer att genomgå en inlärningskurva, oavsett vald teknik.

Tabell 5. Uterusvikt hos de konverterade fallen

Minimum	Median	Maximum
40	320	2300



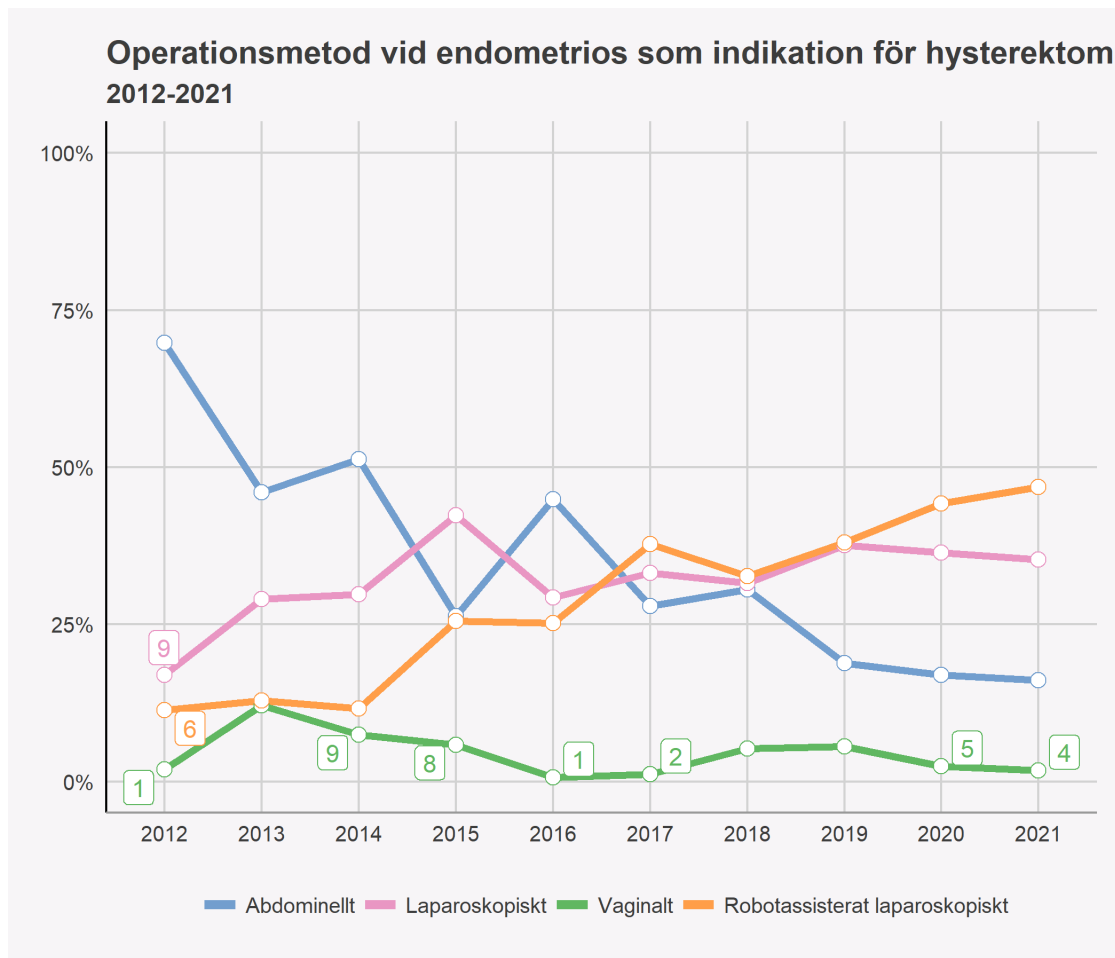
Figur 29. Andel subtotala/totala hysterektomier

Enligt en Cochranerapport från år 2015 visar total och subtotal hysterektomi lika god patientnöjdhet och är jämförbara metoder¹. Andelen subtotal hysterektomi är låg i riket. Vissa kliniker utför subtotal hysterektomi mer än andra kliniker. Subtotal hysterektomi kan vara en utväg om operationen är tekniskt svår.

Patienten som genomgår en subtotal hysterektomi måste upplysas om att hon i en mindre del av fallen kan fortsätta att ha en mindre mensblödning efter operationen, att hon behåller sin risk för att utveckla cellförändringar och måste gå på sina cellprovskontroller, enligt gällande vårdprogram.

Patientgrupper som är olämpliga för subtotal hysterektomi är kvinnor med postmenopausal blödning, oklara blödningsrubbnings, cervixdysplasi i anamnesen eller provtagning, endometrieatypier, kvinnor under 40 år, patienter med endometrios och smärtproblematik.

Operationstiden vid subtotal hysterektomi med abdominell teknik ligger kring 90 minuter, medan robotassisterad och laparoskopisk teknik har operationstider mellan 120 och 140 minuter. Mediantid för hysterektomi på benign indikation i riket är 100 minuter. Det finns således ingen tidsmässig vinst att utföra subtotal hysterektomi i stället för total hysterektomi. Komplikationsrisken är likvärdig mellan metoderna.



Figur 30. Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi (fjärre än 10 observationer markerat i figuren).

Figur 30 "Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi" baseras på både huvud- och biindikationer.

De hysterektomier som ska utföras på NHV-centra utgörs av patienter med verifierad djupt infiltrerande endometrios (DIE) samt med misstänkta eller verifierade uttalade adherenser i lilla bäckenet (så kallat "frozen pelvis") (Källa: NHV Endometrios Södersjukhuset). Övriga kvinnor behöver inte remitteras till NHV-centra.

Nedan följer en tabell med antal hysterektomerade med endometrios som diagnos, i år inkluderande även de som ingår i NHV-uppdraget, då grupperna överlappar under 2021:

Både inom NHV-uppdraget och utanför detta uppdrag tycks kvinnor i allt högre grad bli opererade med robotassisterad teknik (cirka 45%), men även med laparoskopisk teknik (cirka 35%) (figur 29). Andelen hysterektomerade via laparotomi har de senaste tio åren sjunkit betydande från cirka 70% till cirka 20% av hysterektomier på indikation endometrios. Notera att hysterektomier som med säkerhet är utförda inom NHV-uppdraget för första gången presenteras separat i en specialrapport som har gått till de fyra NHV-centra.

Övriga indikationer för hysterektomi på benign indikation borde kunna nå upp till en lika hög andel minimalinvasiv kirurgi, vilket skulle vara en fördel för kvinnor ur morbiditetssynpunkt.

Tabell 6. Inkluderade indikationer vid endometrios

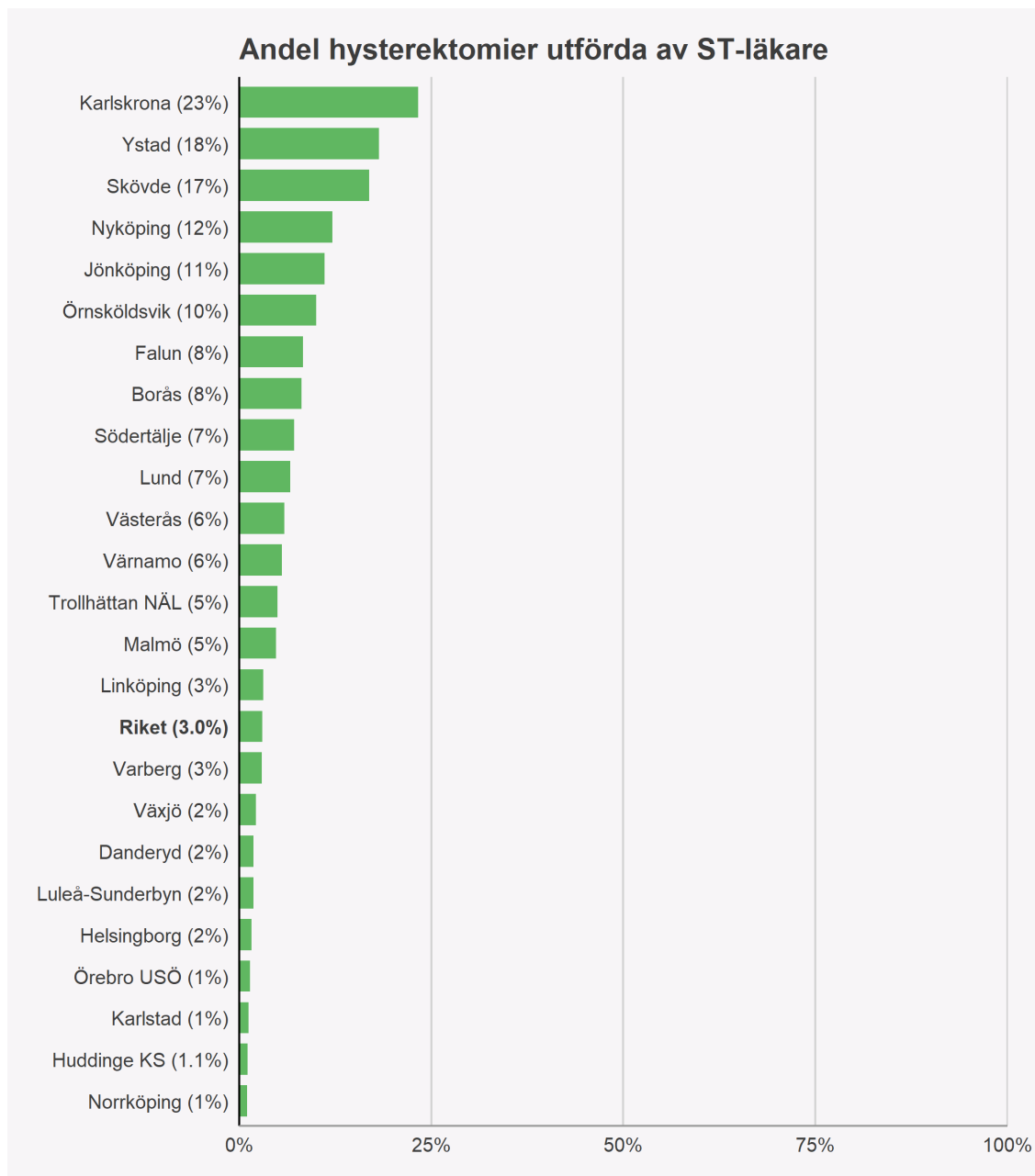
Indikation	Antal
Endometrios UNS N80.9	418
Endometrios UNS med dysmenorré N80.9	338
Endometrios, ovarium N80.1	332
Adenomyos med dysmenorré N80.0	235
Adenomyos N80.0	205
Endometrios, peritoneum N80.3	72
Endometrios med dyspareuni N80.9	7
Ej specificerad adenomyos N80.0	1

Utbildning av ST-läkare

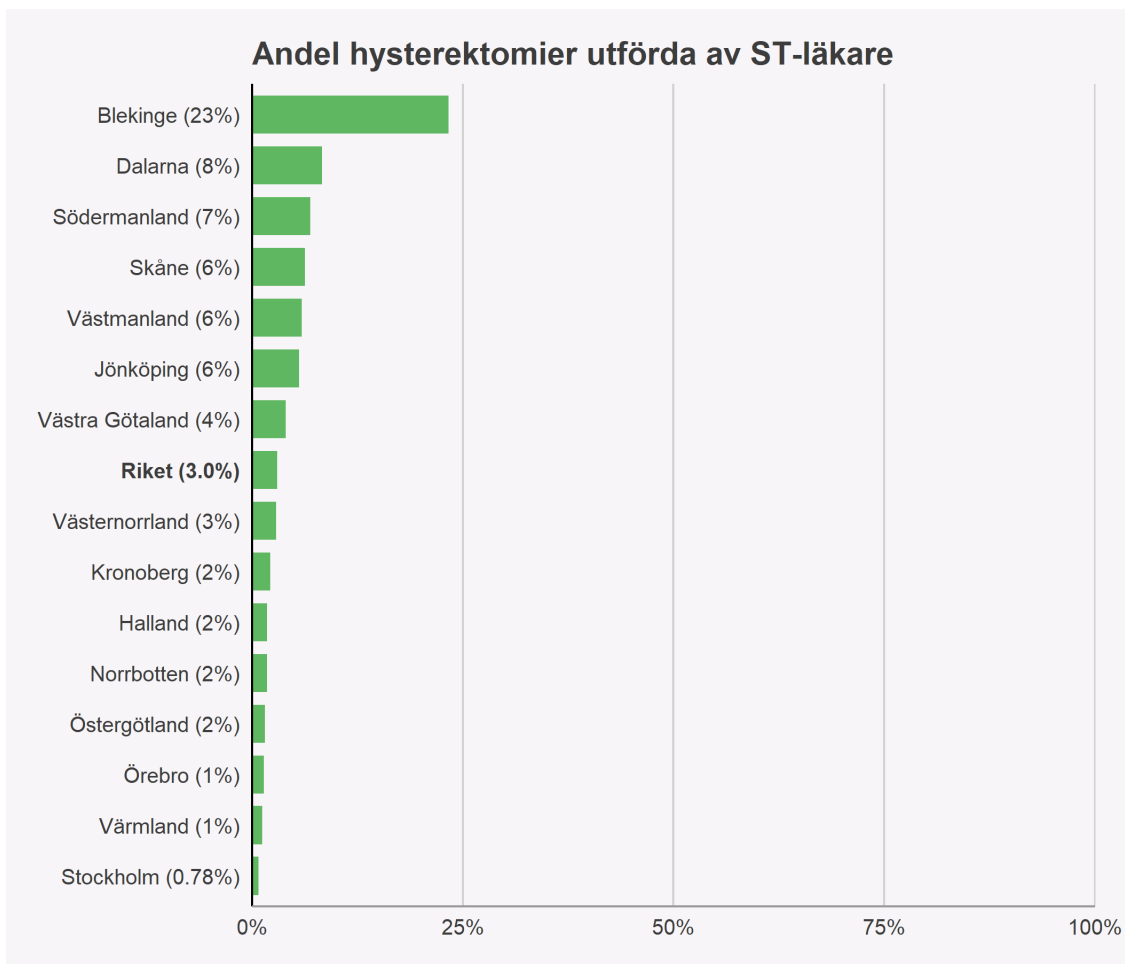
Vänligen notera att variabeln ändrades 2021-09-16. Innan dess handlade frågan om ST-läkare varit huvudoperatör, nu även huruvida ST-läkare har varit delaktig vid operationen. Allt som är ifyllt innan 2021-09-16 har gamla betydelsen (ST-läkare huvudoperatör) och allt som är ifyllt efter det har nya betydelsen (ST-läkare har varit delaktig vid operationen). Notera även att det numera är obligatoriskt att göra ett knappval huruvida ST-läkare har deltagit eller ej och i vilken roll. Det kommer att bli ett utmärkt instrument för att kartlägga utbildningen av nya gynekologer i Sverige, under ST-tiden.

Vi beslutade vid styrgruppsdagarna i november att vi i denna rapport visar den gamla betydelsen av variabeln, alltså data fram till och med 2021-09-15.

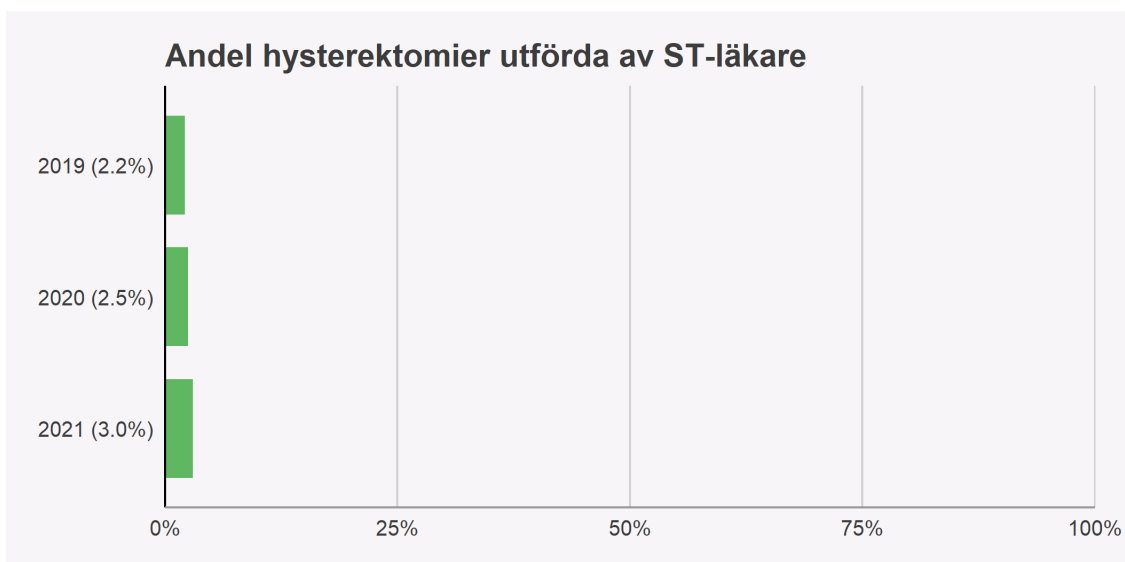
I mitten av januari 2022 infördes en ny, obligatorisk variabel om ST-läkare varit delaktig vid en operation och om så är fallet om ST-läkaren varit huvud- eller medoperatör. Resultat för den variabeln kommer att presenteras i nästa årsrapport.



Figur 31. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på kliniknivå. Andel operationer inom parentes efter kliniknamnet.



Figur 32. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på regionnivå

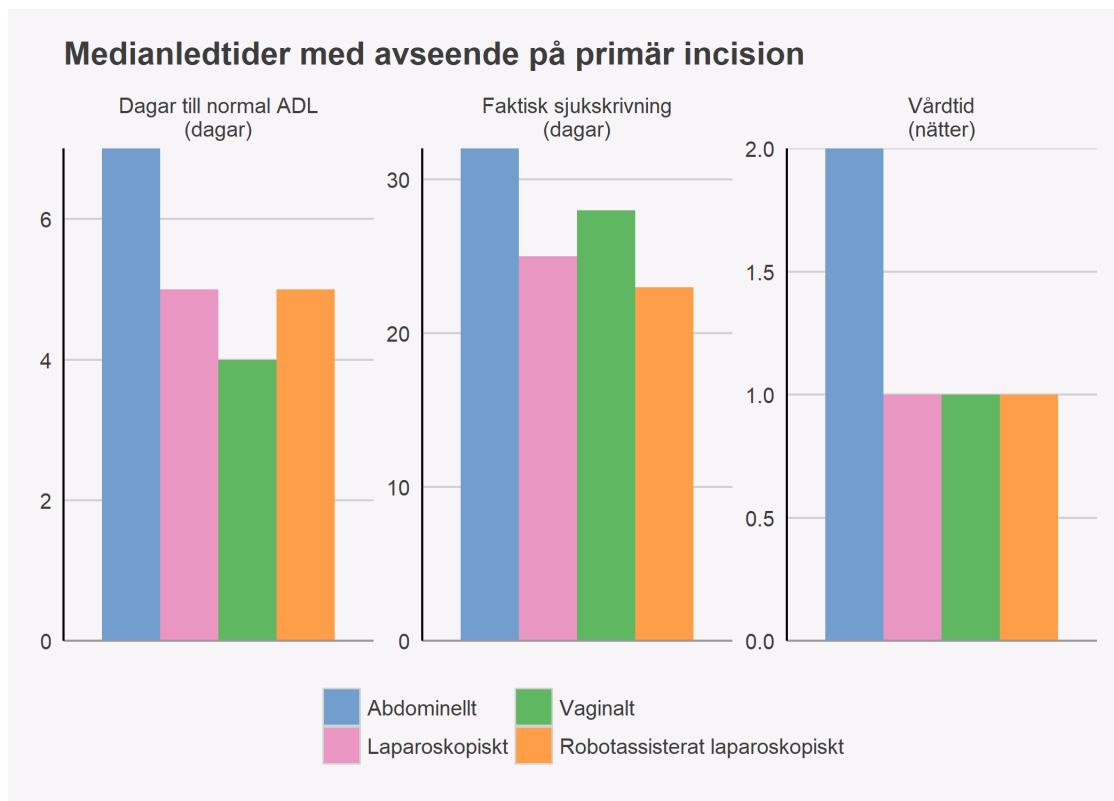


Figur 33. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, riksnivå

Figur 33 visar att en något ökad andel hysterektomier utförda av ST-läkare har registrerats i GynOp 2019–2021. Med tillgängliga data går det inte att avgöra om deltagande vid operation eller operation utförd av ST-läkare har ökat eller inte.

Från och med januari 2022 kommer fördelning och utveckling i riket att kunna följas över tid. Det blir intressant att studera i kommande rapporter.

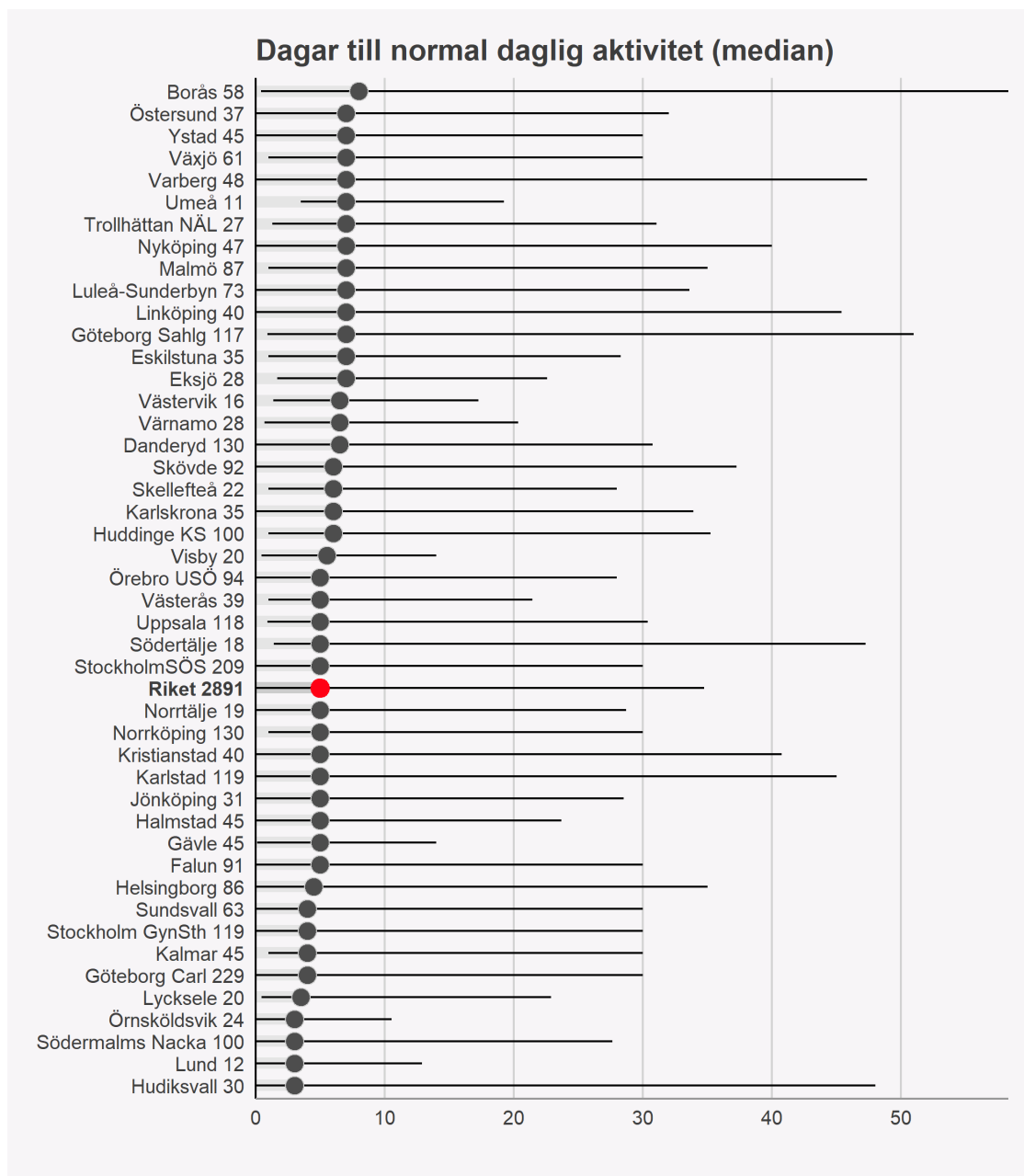
Återhämtning efter hysterektomi



Figur 34. Medianledtider med avseende på primär incision. Sammanfattning ADL, faktisk sjukskrivning och vårdtid.

Figur 34 visar att de tre minimalinvasiva teknikerna har snarlika resultat. Liksom tidigare år visar medianledtider för tid till normalt ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid tydligt orsaken till att en minimalinvasiv metod i möjligaste mån bör väljas vid hysterektomi på benign indikation. Det är viktiga faktorer som gör skillnad för kvinnan som har opererats. Vid vaginal hysterektomi tar det i år kortast tid till normalt ADL, emedan faktisk sjukskrivningslängd är kortast vid robotassisterad hysterektomi.

Dagar till normal ADL

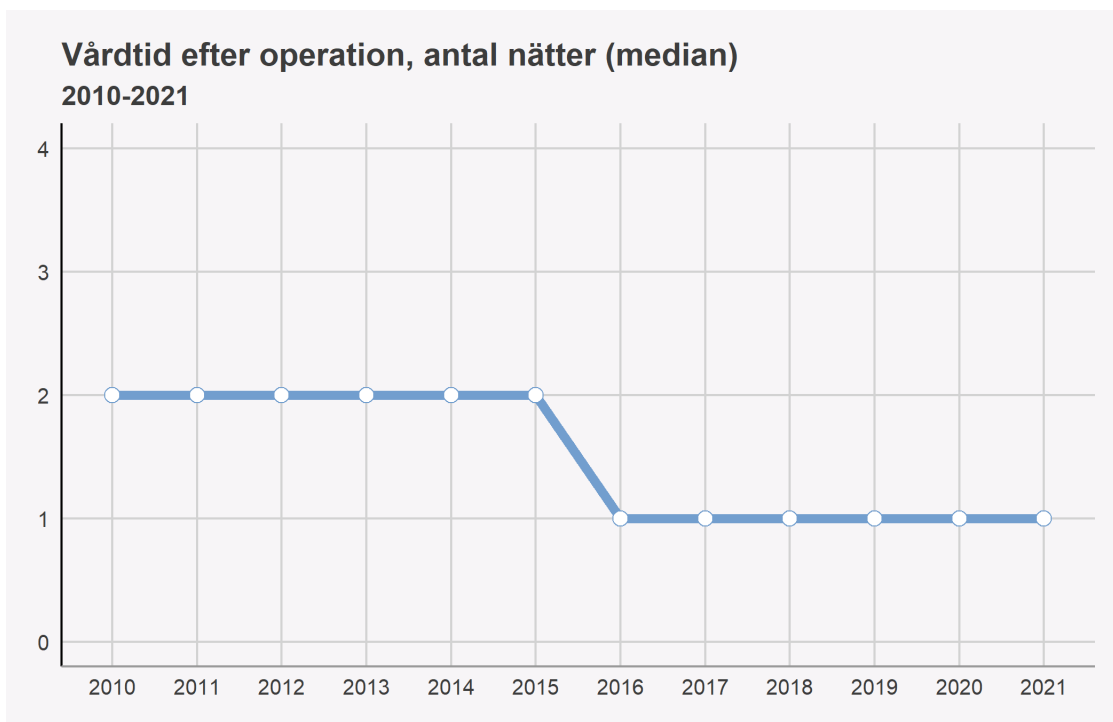


Figur 35. Dagar till normal daglig aktivitet (median)

Återgång till normalt ADL varierar mellan metoderna från år till år men är tydligt kortare för de minimalinvasiva metoderna. Uppdelat per klinik (figur 35) ser vi att vissa kliniker har kortare respektive längre tid till normalt ADL jämfört med riksgenomsnittet. Antal dagar till normal aktivitet skiljer sig åt mellan klinikerna.

Kortast tid till återhämtning efter hysterektomi på benign indikation har Hudiksvall, Lund, Nacka och Örnsköldsvik.

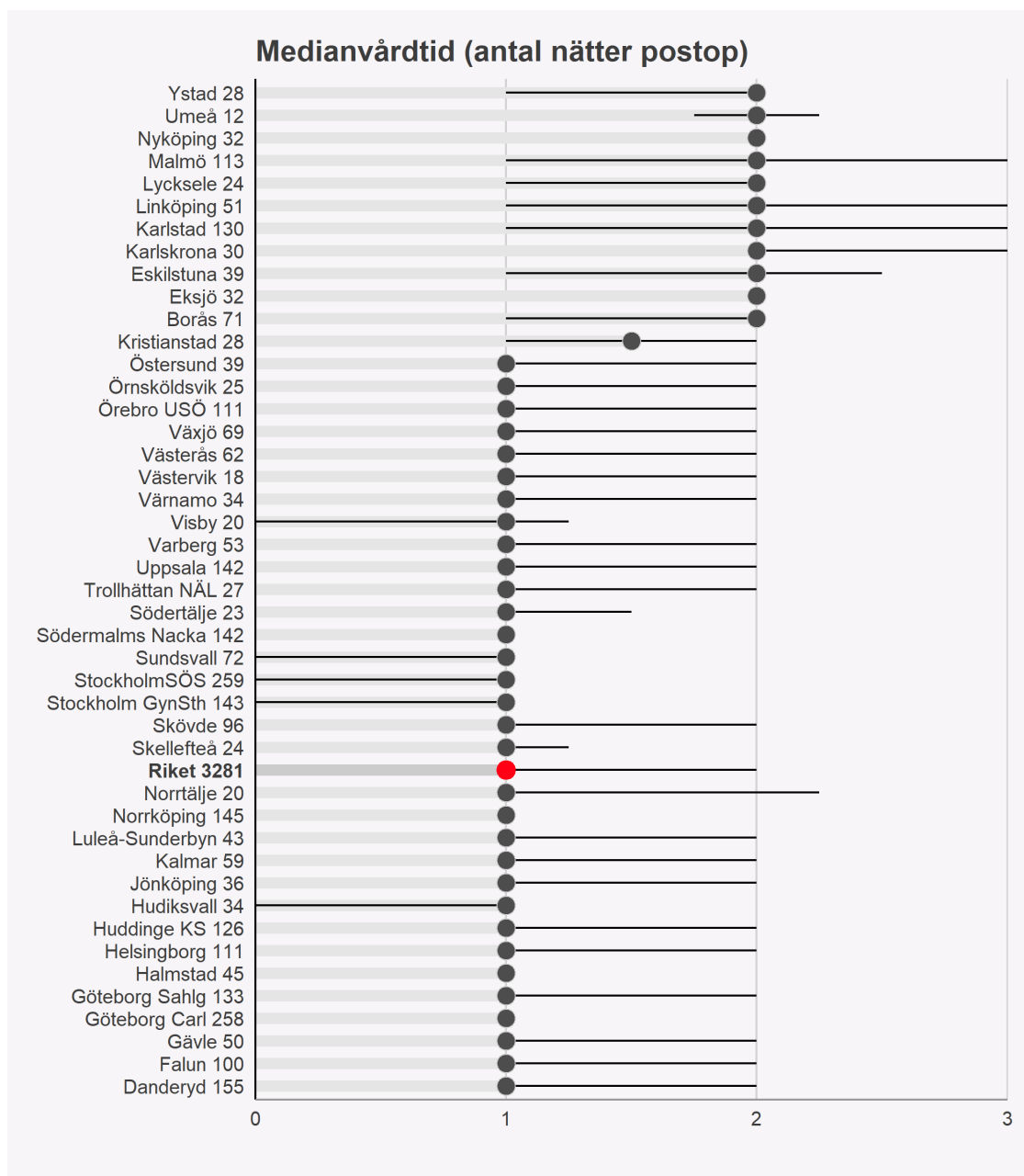
Vårdtid



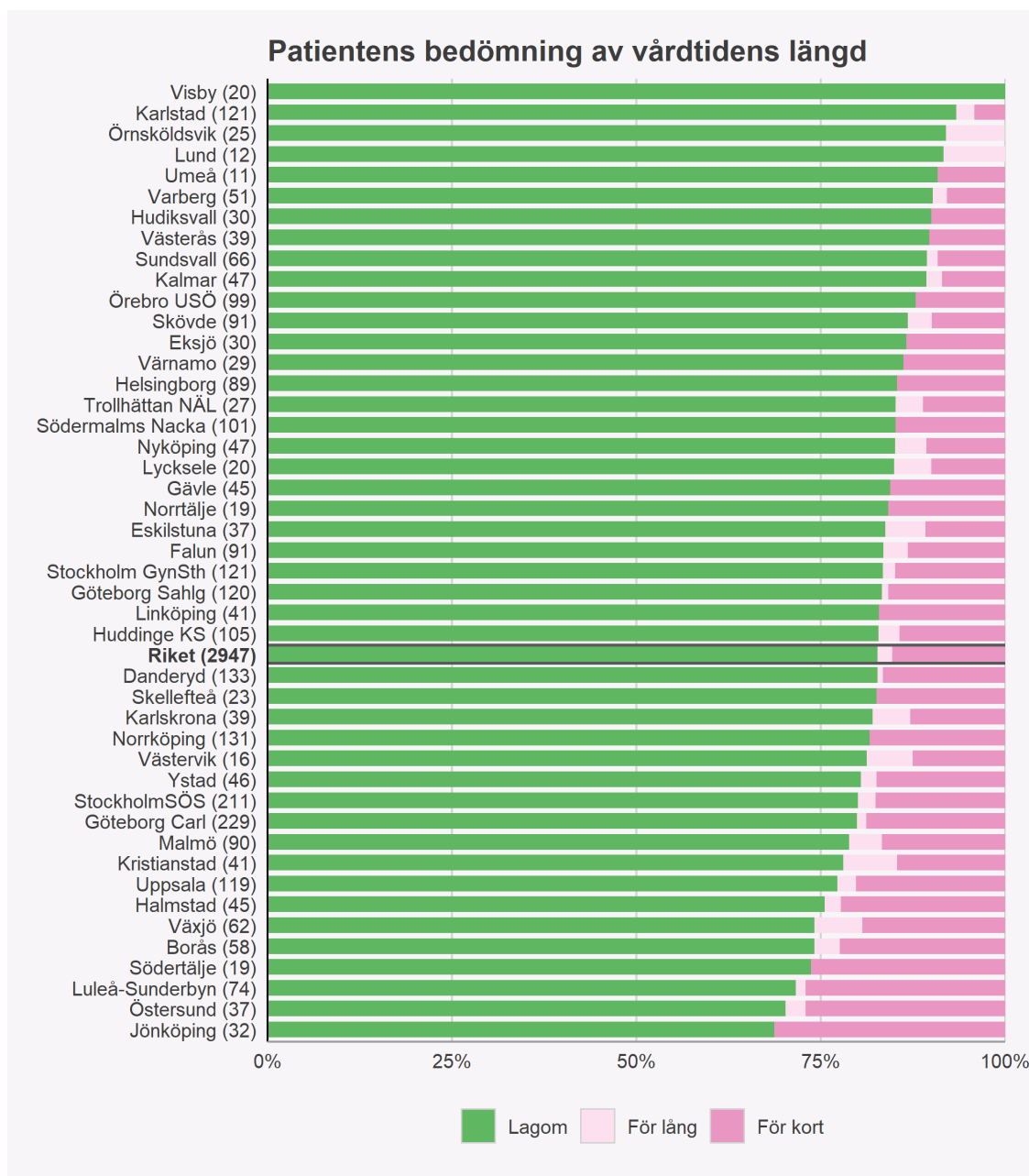
Figur 36. Vårdtid efter operation, antal nätter efter operation (median).

Figur 36 visar en tydlig ändring i medianvårdtiden, som sedan år 2016 har legat kring ett dygn. Allt färre kliniker (figur 37) har två dygns medelvårdtid. I riket är 80% av patienterna nöjda med vårdtidens längd (figur 38).

Vårdtiden har betydelse ur samhällsekonomisk synvinkel, men också för belastningen på sjukhusens vårdavdelningar inklusive behov av vårdpersonal. Flera av kliniker med dominerande abdominell profil återfinns bland klinikerna med längst vårdtid (jämför med figur 16).

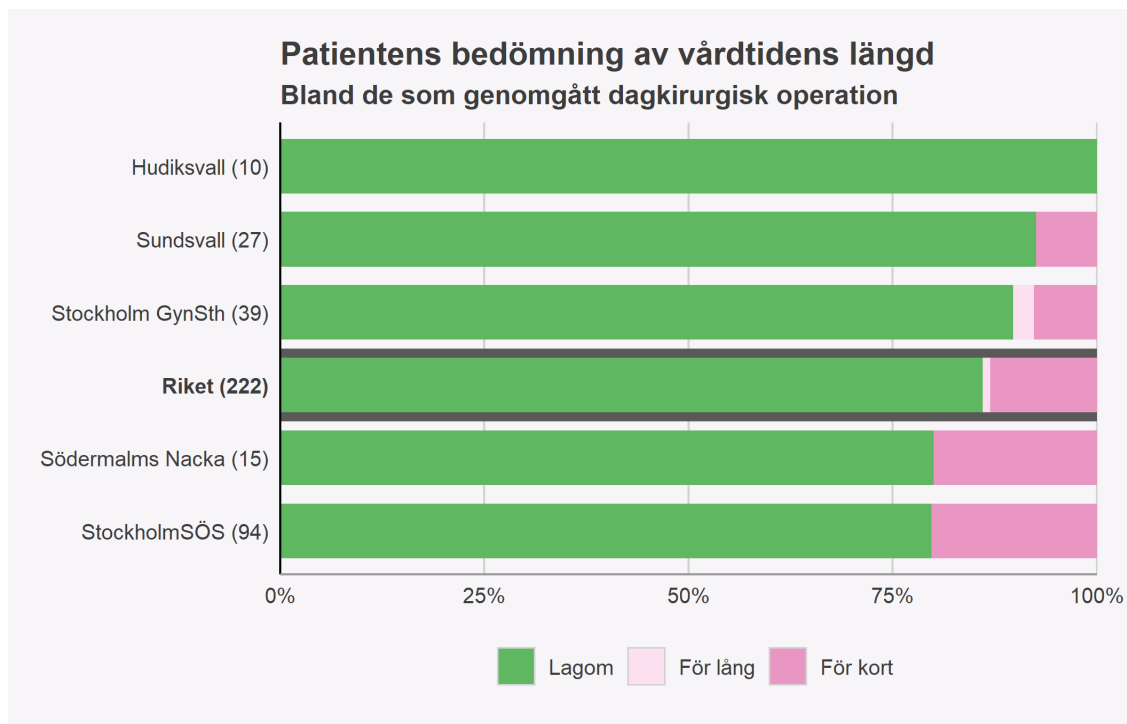


Figur 37. Medianvårdtid (antal nätter efter operation).



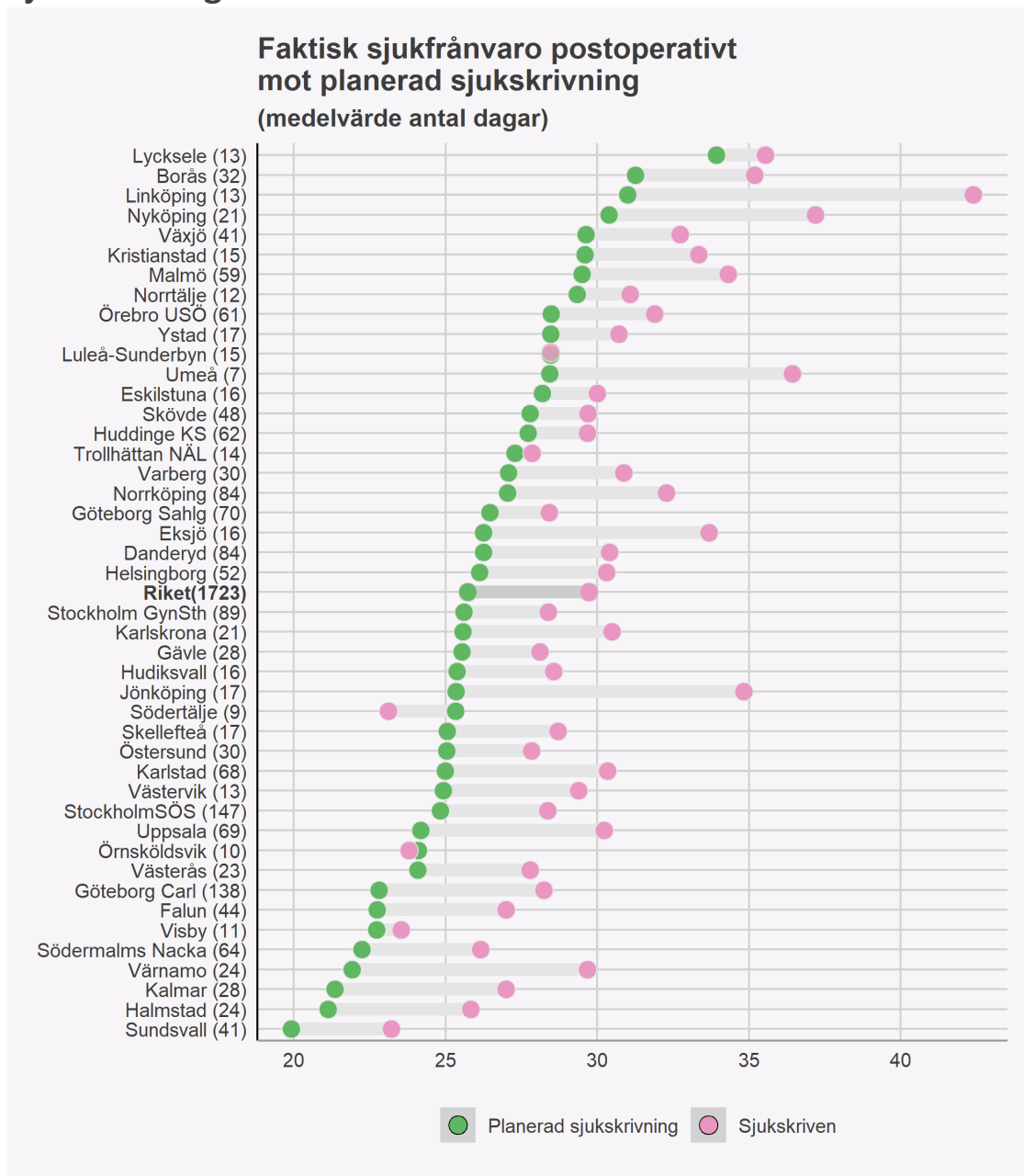
Figur 38. Patientens bedömning av vårdtidens längd

Dagkirurgisk hysterektomi på benign indikation har blivit vanligare, troligen till följd av vårdplatsbristen under pandemin (222 patienter (6,3 %)). Mer än 80% av patienterna som genomgått dagkirurgisk operation bedömer vårdtidens längd som lagom (figur 39).



Figur 39. Patientens bedömning av vårdtidens längd bland de som genomgått dagkirurgisk operation.

Sjukskrivning



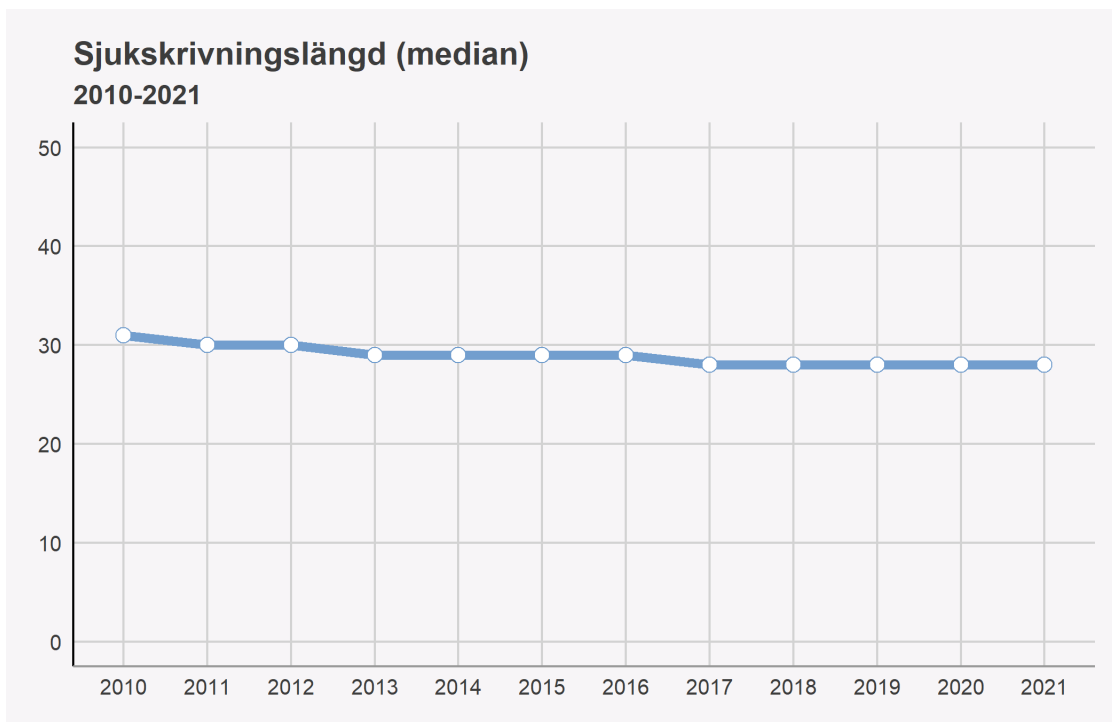
Figur 40. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning

Patientens bedömning av sjukskrivningens längd utgår från dem som varit sjukskrivna på grund av hysterektomi. Sjukskrivna av annan orsak är exkluderade. Figur 40 visar att sjukskrivningens längd varierar mellan sjukhusen. Figur 41 visar skillnaden i sjukskrivningslängd uppdelat på hysterektomi utförd med minimalinvasiv eller abdominell metod.



Figur 41. Faktisk sjukfrånvaro (medelvärde antal dagar), uppdelat på sjukvårdsregion

Det skiljer mellan cirka sex och tolv dagar i sjukskrivningslängd mellan minimalinvasiv teknik och abdominell teknik och siffran varierar mellan olika sjukvårdsregioner. Orsaker till dessa skillnader är oklar, men kan eventuellt ha demografiska skäl (figur 41).



Figur 42. Sjukskrivningslängd (medianvärde antal dagar)

Medianvärde för sjukskrivningslängd för alla hysterektomier har sjunkit med cirka tre dagar sedan år 2010. Möjliga besparingar skulle eventuellt kunna göras om fler följer Socialstyrelsens rekommendationer, då vissa sjukhus sjukskriver längre än riksgenomsnittet (figur 40). Data finns för varje metod, men presenteras inte uppdelat i rapporten:

Socialstyrelsen ger riktlinjer avseende sjukskrivning (återfinns även i elektroniska sjukskrivningsdokument, till exempel Webcert):

https://roi.socialstyrelsen.se/fmbsok?search_api_fulltext=hysterektomi

Sammanfattningsvis rekommenderas:

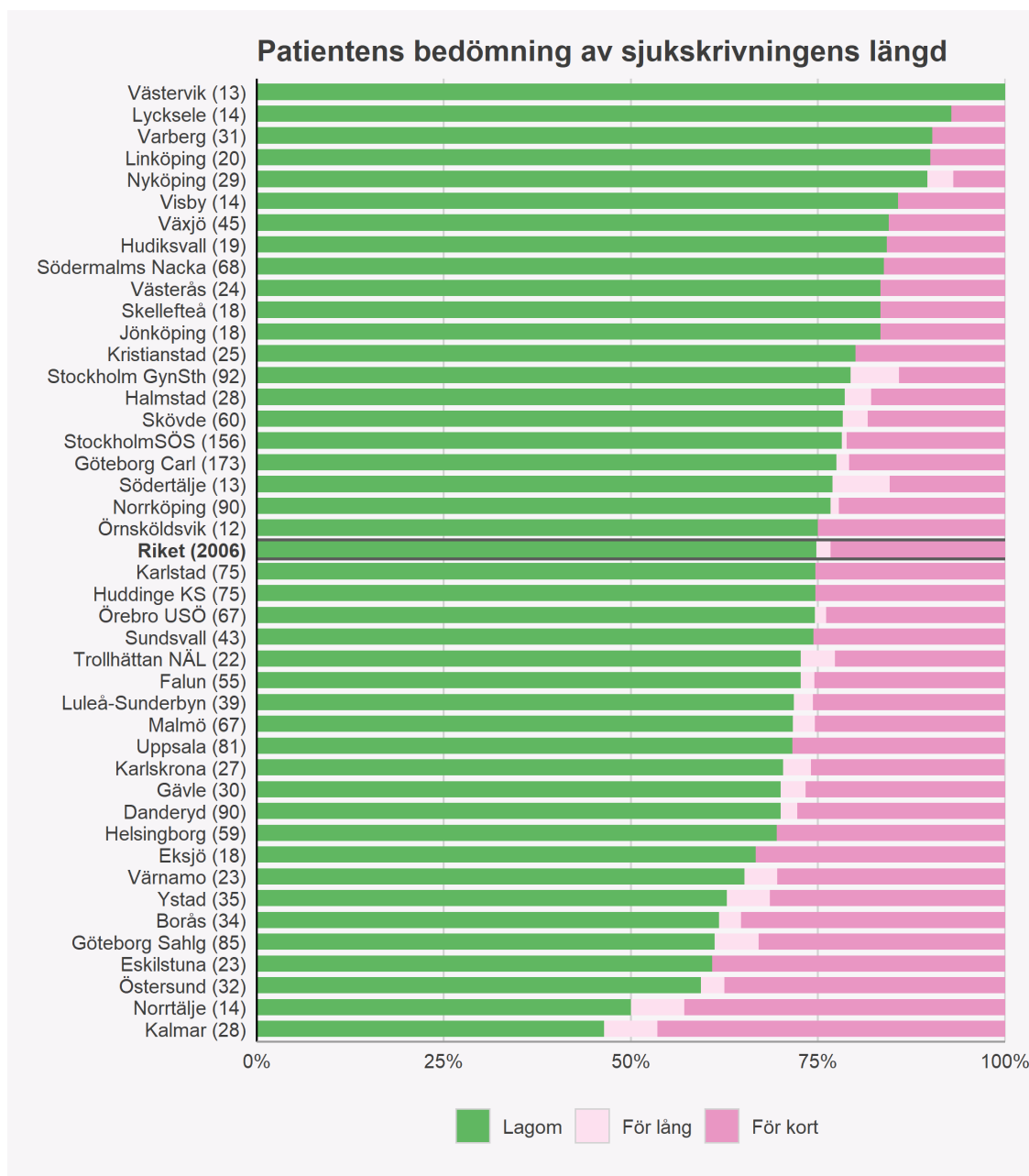
Vid fysiskt lättare arbete och laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 3 veckors sjukskrivning (14–21 dagar).

Vid fysiskt tyngre arbete och laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 4 veckors sjukskrivning (upp till 28 dagar).

Vid fysiskt lättare arbete och abdominell hysterektomi upp till 4 veckors sjukskrivning (upp till 28 dagar).

Vid fysiskt tyngre arbete och abdominell hysterektomi upp till 5–6 veckors sjukskrivning (35–42 dagar).

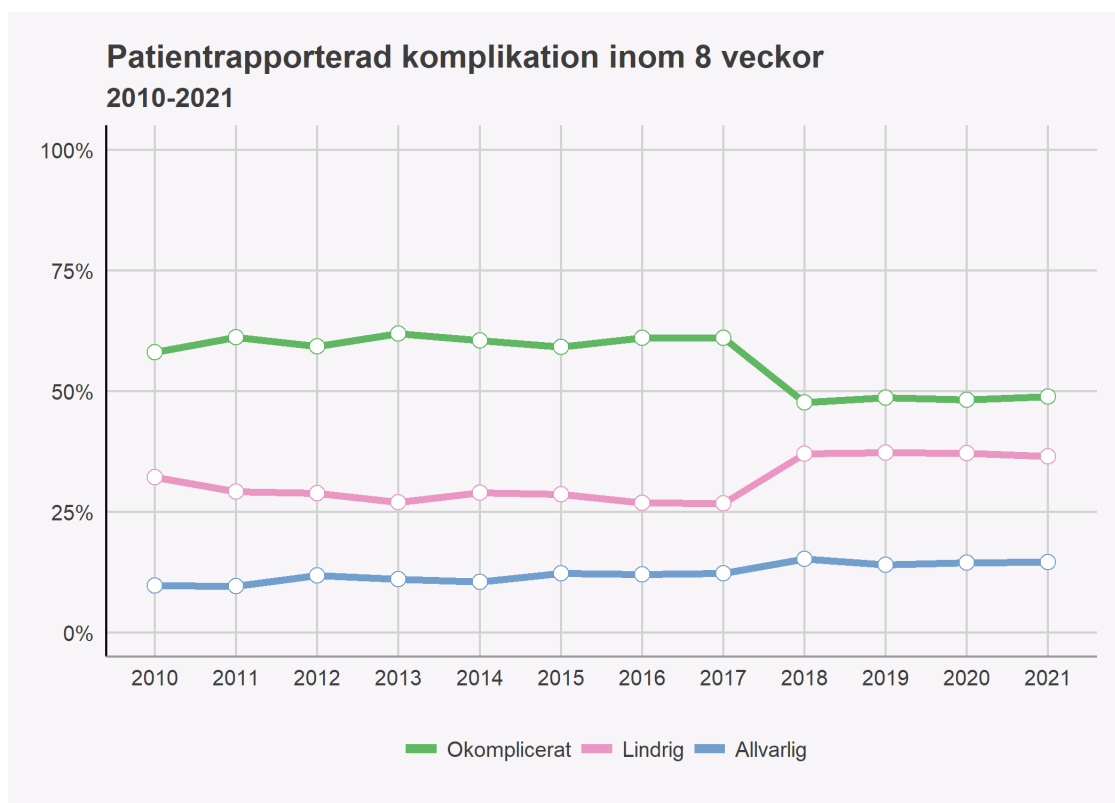
På regionnivå varierar sjukskrivningstiden inom ramen för Socialstyrelsens rekommendationer, både avseende minimalinvasiv teknik och öppen teknik, men det verkar som om det går att sänka sjukskrivningstiden ytterligare på vissa kliniker.



Figur 43. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

Strax under 75% av hysterektomerade kvinnor är nöjda med sjukskrivningstidens längd.

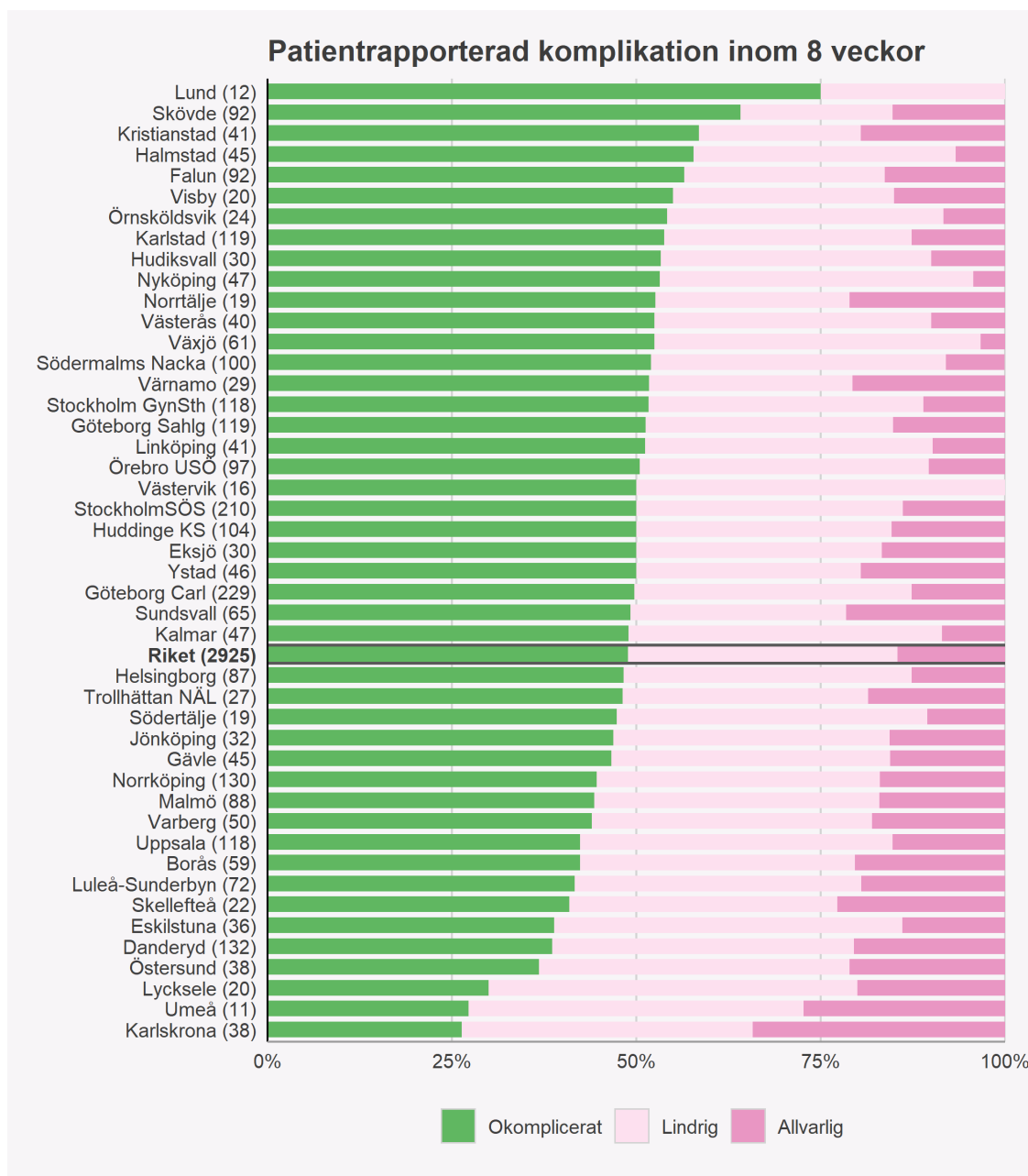
Komplikationer



Figur 44. Patientrapporterad komplikation inom 8 veckor

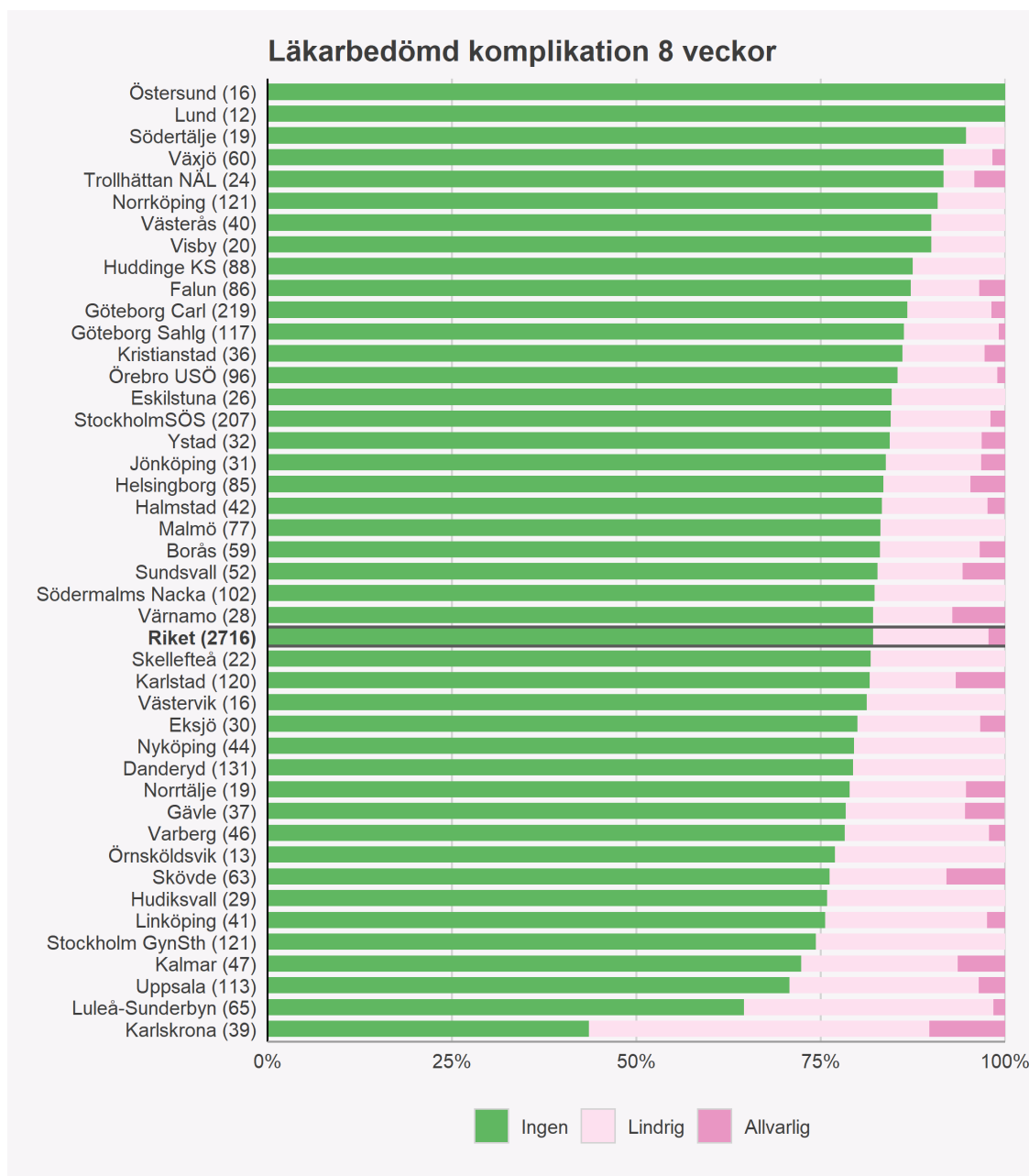
Rapporterad komplikationsfrekvens har i genomsnitt inte ändrats i riket sedan år 2018, men tycks ha stigit något sedan år 2010. Då var 58% okomplicerade, 32% hade angett en lindrig komplikation och 10% hade angett en allvarlig komplikation. År 2021 är motsvarande siffror 49% okomplicerade, 37% lindrig och 15% allvarlig komplikation.

Från mitten av år 2017 har uppföljningen av de hysterektomier som tidigare registrerades i GKR (sjukhusen i Region Stockholm, Visby och Karlstad) gjorts via GynOp, vilket har förbättrat svarsfrekvensen för enkäten och det kan därmed påverka tolkningen av grafen.

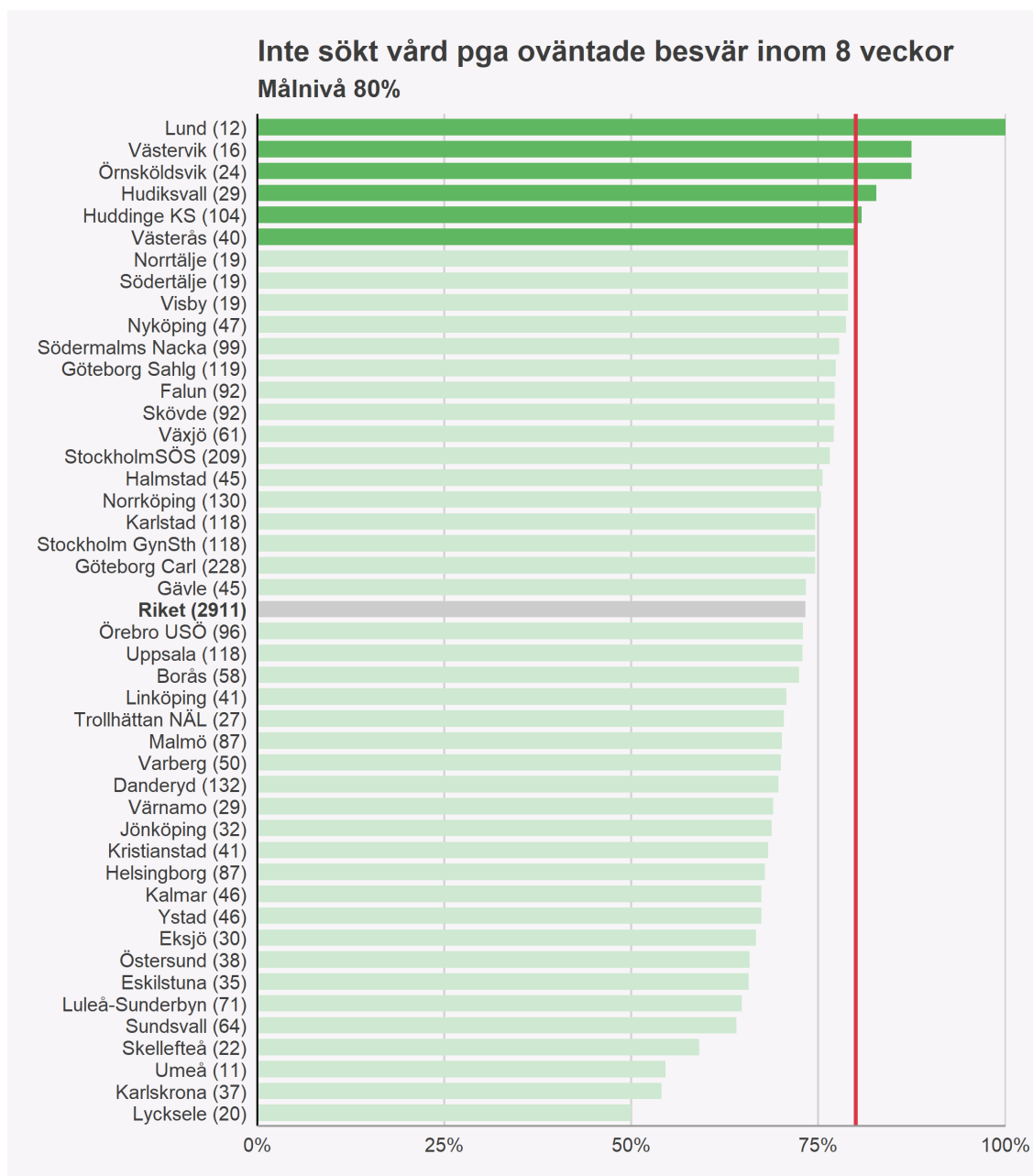


Figur 45. Patientrapporterad komplikation inom 8 veckor

Frekvensen allvarlig komplikation rapporterad av patienten ligger högre på vissa kliniker (figur 45). Även frekvensen läkarbedömd allvarlig komplikation varierar mellan klinikerna (figur 46). GynOp-data kan användas i kliniken förbättringsarbete. Ett mera objektiva mått att mäta komplikationsgrad är belastningen på sjukvården postoperativt, presenterat i grafen "Inte sökt vård på grund av oförväntade besvär inom 8 veckor" (figur 47). Fem kliniker når upp till målnivå på 80 % (målnivå fastställd av GynOp:s styrgrupp).



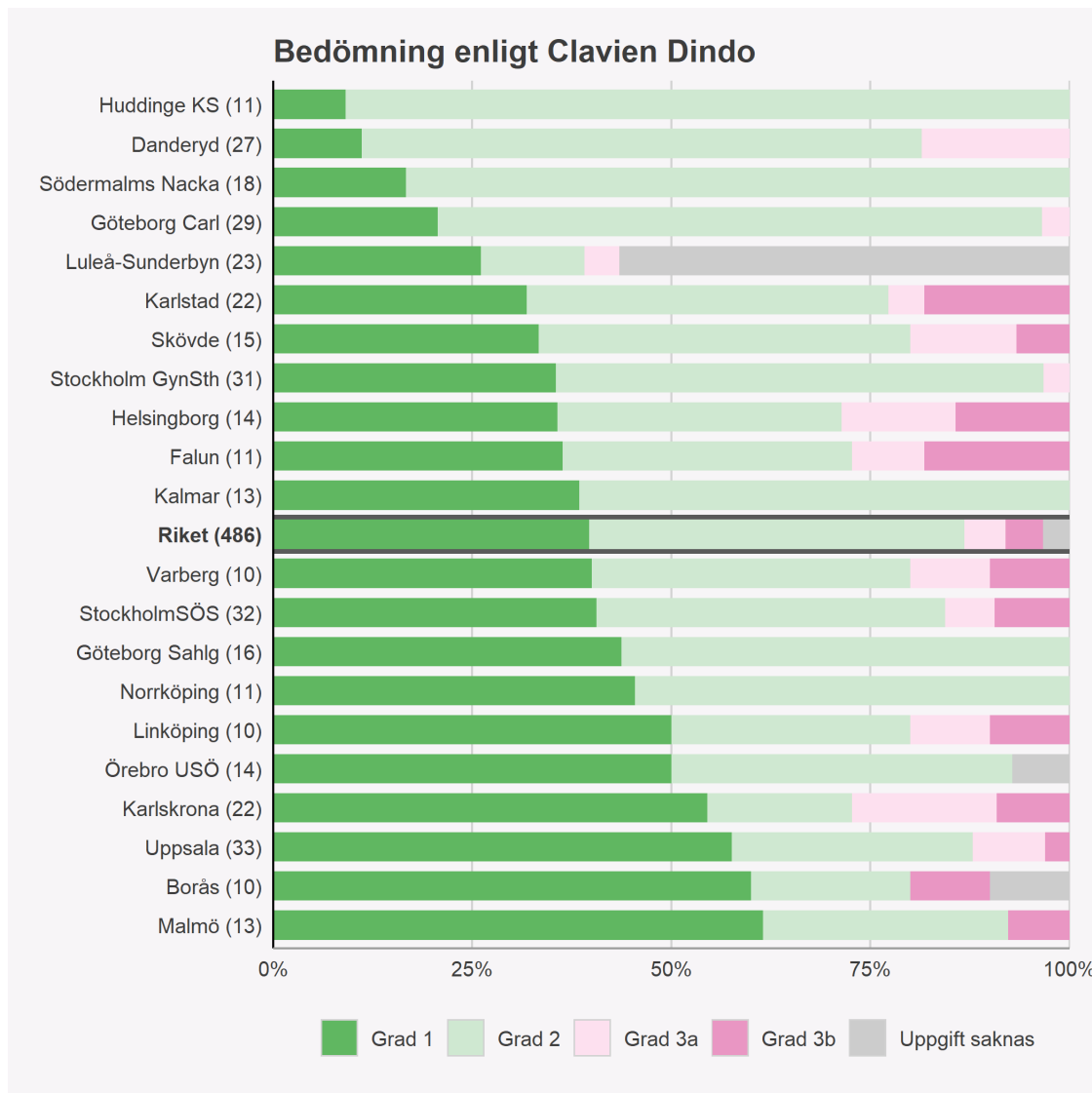
Figur 46. Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation



Figur 47. Inte sökt vård på grund av oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

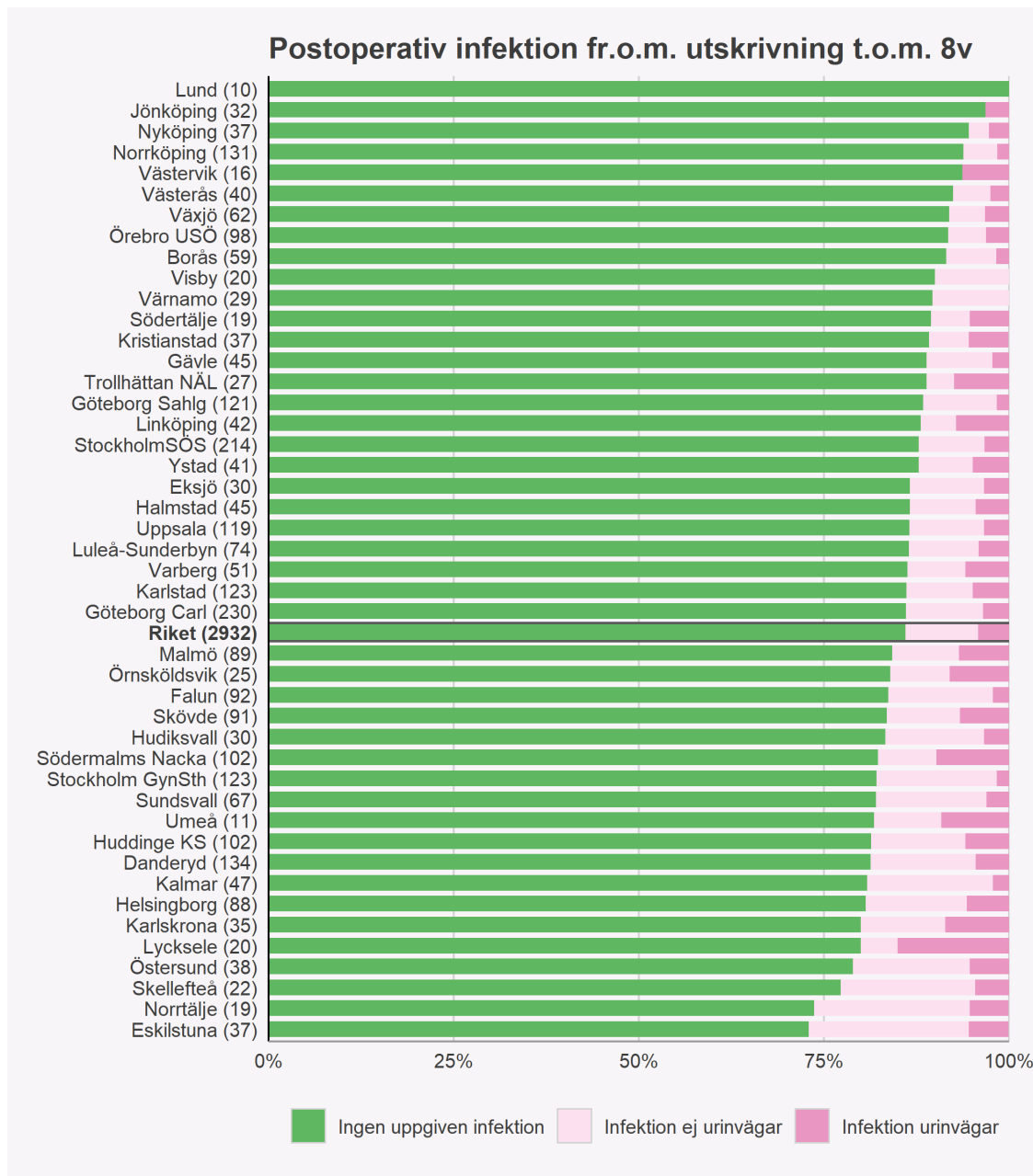
Clavien-Dindo

Clavien-Dindo registreras för de kvinnor som har en bedömd komplikation. Figur 48 visar enbart de kliniker som har minst tio fall av komplikationer. Andelen saknade värden är endast 3,3 %, det vill säga 96,7 % av alla komplikationer som finns registrerade i GynOp-registret har bedömts av klinikerna. Bra jobbat! Nu kan vi följa siffrorna på ett betydligt bättre sätt, vilket är mycket viktigt ur kvalitets- och forskningssynpunkt.



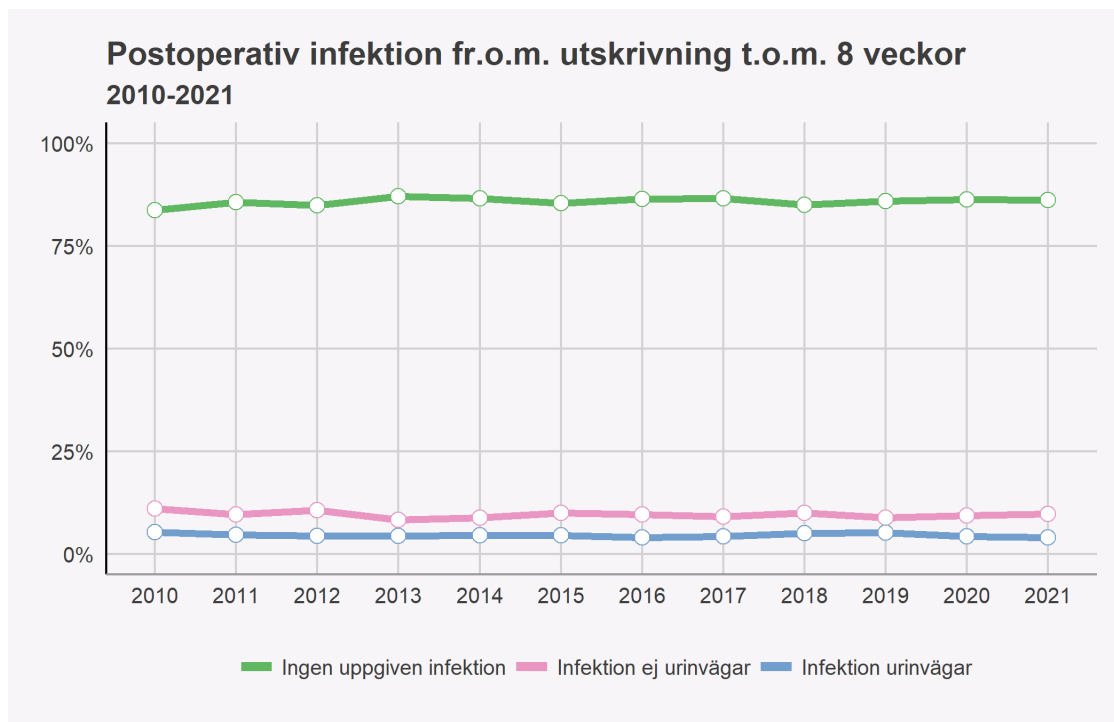
Figur 48. Bedömning enligt Clavien-Dindo.

Infektioner



Figur 49. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8v

Riksgenomsnittet visar att 86,2 % av alla hysterektomerade inte får en postoperativ infektion, 4,1 % får en urinvägsinfektion och 9,8 % får någon annan typ av infektion.



Figur 50. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor

Antalet registrerade infektioner har inte minskat sedan 2010, trots ett brett införande av framför allt laparoskopiska och robotassisterade laparoskopiska hysterektomier. Tabell 8 visar siffrorna nedbrutet per år. Stockholmssjukhusen, Gotland och Karlstad registrerades dock initialt i GKR-registret och under den tiden var svarsfrekvensen mellan 40 och 60%. Sedan mitten av 2017 och framåt är svarsfrekvensen betydligt högre för de kliniker som tidigare ingick i GKR. Totalantalet rapporterade infektioner har ökat sedan 2010, vilket alltså beror på bättre rapportering 8 veckor efter operationen. Detta gör siffrorna missvisande och svårtolkade för tiden innan mitten av år 2017.

Fördelningen mellan infektion i urinvägarna och annan infektion är dock densamma med små variationer mellan åren. Tabell 8 visar att 3% av kvinnor med infektion år 2021 blev inlagda på sjukhus postoperativt, enligt registrering i GynOp.

Tabell 7. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor

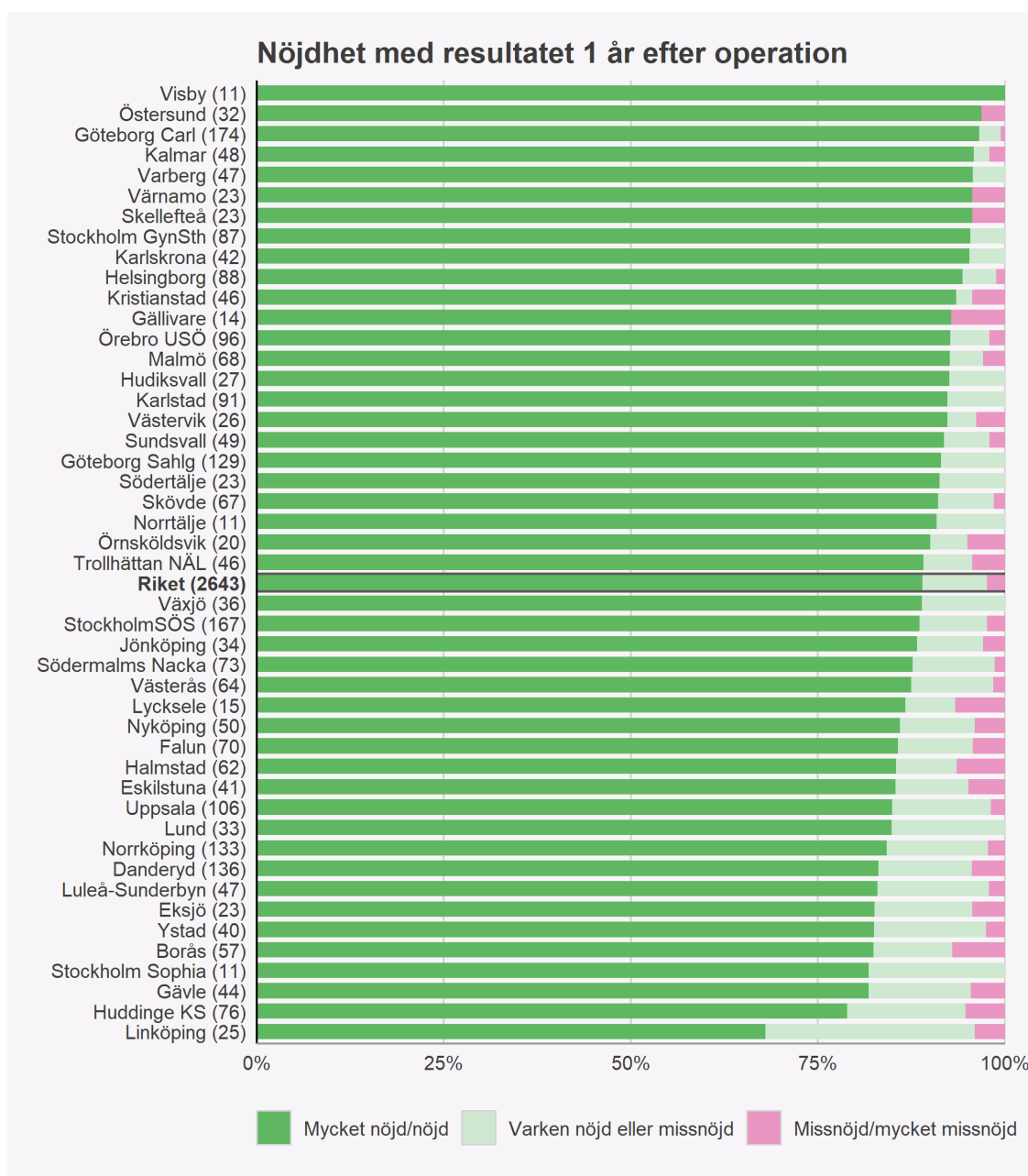
År	Postoperativ infektion	Antal	Total	Andel
2010	Ingen uppgiven infektion	2453	2933	83.6%
	Infektion ej urinvägar	324	2933	11.0%
	Infektion urinvägar	156	2933	5.3%
2011	Ingen uppgiven infektion	2462	2874	85.7%
	Infektion ej urinvägar	276	2874	9.6%
	Infektion urinvägar	136	2874	4.7%
2012	Ingen uppgiven infektion	2351	2770	84.9%
	Infektion ej urinvägar	295	2770	10.6%
	Infektion urinvägar	124	2770	4.5%
2013	Ingen uppgiven infektion	2371	2721	87.1%
	Infektion ej urinvägar	228	2721	8.4%
	Infektion urinvägar	122	2721	4.5%
2014	Ingen uppgiven infektion	2294	2649	86.6%
	Infektion ej urinvägar	233	2649	8.8%
	Infektion urinvägar	122	2649	4.6%
2015	Ingen uppgiven infektion	2185	2559	85.4%
	Infektion ej urinvägar	256	2559	10.0%
	Infektion urinvägar	118	2559	4.6%
2016	Ingen uppgiven infektion	2243	2597	86.4%
	Infektion ej urinvägar	249	2597	9.6%
	Infektion urinvägar	105	2597	4.0%
2017	Ingen uppgiven infektion	2698	3118	86.5%
	Infektion ej urinvägar	284	3118	9.1%
	Infektion urinvägar	136	3118	4.4%
2018	Ingen uppgiven infektion	3010	3541	85.0%
	Infektion ej urinvägar	353	3541	10.0%
	Infektion urinvägar	178	3541	5.0%
2019	Ingen uppgiven infektion	3182	3706	85.9%
	Infektion ej urinvägar	330	3706	8.9%
	Infektion urinvägar	194	3706	5.2%
2020	Ingen uppgiven infektion	2667	3090	86.3%
	Infektion ej urinvägar	290	3090	9.4%
	Infektion urinvägar	133	3090	4.3%
2021	Ingen uppgiven infektion	2613	3032	86.2%
	Infektion ej urinvägar	296	3032	9.8%
	Infektion urinvägar	123	3032	4.1%

Tabell 8. Patientrapporterad infektion, inlagd på sjukhus

Inlagd på sjukhus	Antal	Total	Andel
Ej markerad	2922	3006	97%
Inlagd på sjukhus	84	3006	3%

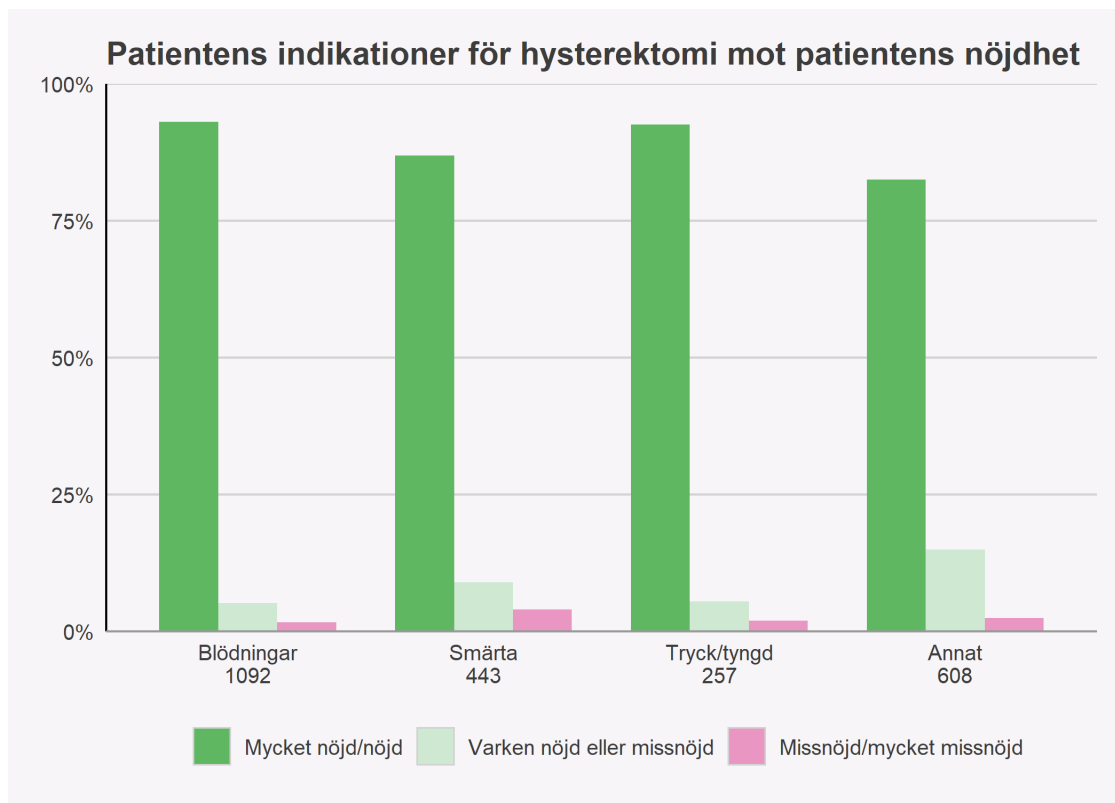
Patientens uppfattning av resultat 1 år efter operation

I figurerna nedan som visar patientrapporterade resultat efter ett år är det resultaten för de som har besvarat ettårsenkäten som presenteras. För 12% av patienterna som borde ha svarat på enkäten saknas det ett svar. Det är även 6,5% som ej har fått någon enkät på grund av ny operation eller för att patienten inte vill eller kan svara.



Figur 51. Nöjdhet med resultatet 1 år efter operation

Patienterna är över lag nöjda med resultatet efter 1 år. Av patienterna som har svarat på ettårsenkäten saknas svar för 129 patienter (4,7%) på frågan om nöjdhet. Dessa är exkluderade från figuren.



Figur 52. Patientens indikationer för hysterektomi mot patientens nöjdhet

Oavsett indikation för hysterektomin (även smärta) är patienten nöjd med resultatet av operationen.

Summering och framtid

Det är av största vikt att GynOp-registret fylls i så fullständigt som möjligt, så att registret på ett tillförlitligt sätt kan användas för utveckling av vården samt för jämförelser i forskningssammanhang.

Användningen av minimalinvasiv teknik ger fördelar vad gäller återhämtning efter operationen jämfört med abdominell teknik. Postoperativa resultat är jämförbara vad gäller vårdtid, sjukskrivning och tid till normal ADL, oavsett val av minimalinvasiv teknik. Procentandelen hysterektomi utförd med minimalinvasiv teknik når ännu inte upp till önskad nivå, ytterligare arbete behövs för att öka antalet kliniker med minimalinvasiv profil.

Sedan år 2019 har två målvärden införts för hysterektomi på benign indikation, nämligen:

- 1) *Andelen minimalinvasiv teknik som varje klinik bör sträva efter ($\geq 70\%$)*
- 2) *Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor ($\geq 80\%$).*

Andelen hysterektomi utförd i dagkirurgi har ökat, sannolikt en utveckling driven av vårdplatsbrist under Covid-19-pandemin. Möjligheter finns att använda ett klassiskt ERAS-koncept för att kunna erbjuda hysterektomi i dagkirurgi till de kvinnor som önskar vårdas postoperativt i hemmet.

De val av operationsmetoder som kan erbjudas Sveriges kvinnor i framtiden är beroende av utbildningen av nya operatörer. GynOp kan nu användas för att registrera vilka hysterektomier som har utförts eller assisterats av ST-läkare, då registreringen av detta från och med januari 2022 är obligatorisk.

En framtidsnyhet är att en ny teknik för minimalinvasiv kirurgi (vNOTES) har introducerats i Sverige år 2021. I operationsformuläret återfinns en ruta att fylla i när den tekniken används i samband med vaginal kirurgi. I nästa årsrapport kan vi presentera resultat för tekniken och den kommer att följas i kommande rapporter, vilket ur patientsäkerhetssynpunkt är viktigt vid införandet av nya tekniker.

Slutligen är patientens nöjdhet ett centralt resultat att följa i GynOp-registret. De flesta kvinnor som genomgår hysterektomi på benign indikation i Sverige är nöjda med resultatet efter ett år, vilket är motiverande för ett fortsatt arbete med förbättringar av kvinnosjukvården i samband med hysterektomi.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
Adherens	Sammanväxning
ADL	Activity of daily life – Normala dagliga aktiviteter, till exempel, sköta sin hygien, klä på sig, handla och laga mat på samma sätt som innan operationen.
ASA-klassificering	ASA-klassificering på svenska” är en svensk översättning av ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Det är en 6-gradig skala där: ÅSÅ 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.
Benign	Godartad
Bilateral	Dubbelsidig, på båda sidor. Används om pariga organ som njurar, äggstockar, äggledare.
BMI	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.
Cervixdysplasi	Cellförändringar som kan upptäckas vid cellprovskontroll i livmodertappen (cervix) eller vid operation av livmodern.
Cochrane	Omfattande och komplett sammanställning av tillgänglig evidensbaserad kunskap inom det aktuella området vid den tidpunkt då rapporten författas. Samlad information/slutsatser i rapporterna bygger mestadels på randomiserade, kontrollerade, prospektiva studier, dvs de studier som har högst vetenskaplig kvalitet.
Endometrieatypi	Cellförändringar i livmoderslemhinnan
Endometrios	Endometrios innebär att livmoderslemhinna finns på andra ställen i kroppen än inuti livmodern. Endometrios orsakar ofta inflammation, som kan leda till smärta och ibland till att det bildas ärrvävnad och sammanväxningar.
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
Hemostas	Blodstillning
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incision	Snitt i till exempel huden vid operation
Intraabdominell	Inne i buken
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Laparotomi	Bukkirurgi via större öppning i buken, även kallad öppen kirurgi.

Uppslagsord	Förklaring
Malignitet	Elakartad (cancer)
Menopaus	Tiden efter att menstruationsblödningarna upphör.
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Morbiditet	Sjuklighet.
Myom	Muskelknutor i eller utanpå livmodern
Myomembolisering	Är ett ingrepp där en radiolog med hjälp av en kateter sprutar in partiklar för att blockera blodflödet till ett eller flera myom. Det är en icke-kirurgisk, minimalinvasiv teknik, vilket betyder att ingreppet utförs via ett litet hål oftast i ljumskartären
Natural Orifice	Naturlig kroppsöppning som till exempel munnen, slidan eller ändtarmsöppningen.
Percentil	Inom statistiken används uttrycket percentil som ett begrepp för att dela upp ett datamaterial i hundra lika stora delar. Det förutsätts att materialet först ordnats efter storlek för den variabel som ska analyseras. Den tionde percentilen är då det variabelvärde som underskrids av 10 procent av observationerna.
Postmenopausal blödning	Underlivsblödningar som kan uppstå (oftast) mer än 12 månader efter att de vanliga menstruationerna har slutat komma.
Postoperativ	Efter operation
Prolaps	Framfall
Salpingektomi	Ta bort äggledarna
SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi
Subtotal hysterektomi	Livmoderhalsen lämnas kvar vid borttagande av livmoderkroppen. Kallas även supravaginal uterusamputation.
Total hysterektomi	Både livmoderkroppen och livmoderhalsen opereras bort
Tromboembolisk sjukdom	Blodpropp
Trombosprofylax	Läkemedelsbehandling för att förebygga att det ska uppstå blodpropp
UNS	UNS är en förkortning för ”utan närmare specifikation”.
Uterus	Livmoder (från latin)

Referenser

1. Anne Lethaby, Asima Mukhopadhyay, Raj Naik. *Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions*. Cochrane library. 2012, (4), p.CD004993