

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2021

Författare:

Anneli Jördens

Registeransvarig för delregistret för intrauterin kirurgi

Överläkare, Gynekologmottagningen, Lasarettet i Enköping

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
Operation	2
Antal operationer (Covid-figur).....	4
Ålders- och BMI-fördelning	9
Indikationer	10
Typ av operation som utförts.....	14
Anestesi.....	14
Operationstid	17
Vårdtid.....	19
Tid till normal ADL.....	21
PAD	22
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation	23
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	24
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	25
Förbättring efter 1 år	25
Nöjdhet efter 1 år.....	26
Komplikationer.....	27
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	29
Myom	31
Endometriedestruktion	32
Antal utförda operationer	32
Metod.....	32
Komplikationer	34
Infektion	35
Sammanfattning.....	37
Ordlista	38

Inledning

Namnbytet för delregistret "Hysteroskopiregistret" har genomförts år 2021, det heter numera "Intrauterin kirurgi". Arbetet med att göra om och förbättra operationsformuläret påbörjades år 2020, det ligger som prioriterat att utföras på GynOps IT-enhet och kommer förhoppningsvis i drift i år.

Indikationer för intrauterin kirurgi är idag inte helt enkla att välja mellan och detta kommer att förbättras inom kort. Det framgår i det som registrerats att nuvarande alternativ – riklig regelbunden mens, mensstörning eller endometriepatologi – ställt till det i valet av indikation. De nya indikationerna kommer i huvudsak att vara mensstörning, postmenopausal blödning och graviditetsrelaterad orsak vilket vi hoppas och tror kommer förenkla registreringen.

I operationsformuläret kommer det att bli två separata spår, ett för hysteroskopi och ett för endometriedestruktion/-ablation som förhoppningsvis också bidrar till enklare och förbättrad registrering.

Det är av stor vikt att vi får det nya formuläret i drift snart då det fortsatt är lite lägre täckningsgrad för intrauterin kirurgi. Täckningsgraden ökar dock långsamt men målet är ju >85% och i nuläget är siffran 76,4%.

Intervjuer har gjorts med några utvalda kliniker, dels några med låg täckningsgrad, dels några med hög täckningsgrad för intrauterin kirurgi och detta har gett mycket intressanta synpunkter och förklaringar. De med lägre täckningsgrad upplever att det är mycket administrativt arbete för ett litet ingrepp, det saknas sekreterarstöd för registrering, de gör intrauterin kirurgi som mottagningsoperation och därför registreras inte ingreppet. Det går dock inte ihop med att samma kliniker registrerar andra mottagningsoperationer, som till exempel bäckenbottenkirurgi, så lite ologiskt men det är en förklaring.

På den positiva sidan med intervjuerna var att fler bestämde sig för att fråga och med nu skulle de registrera och förbättra sina siffror! Det finns flera enheter i landet som gör en majoritet av sin intrauterina kirurgi som mottagningsoperation och som har hög täckningsgrad. Jag fick även svar från några om vad som var framgången där. Det framkom att en del i framgången var en mycket engagerad administratör som regelbundet kollade läkarnas tidböcker och kontrollerade om igen på morgonen för varje planerat ingrepp och detta medför en täckningsgrad på 90%. En annan enhet som också gör majoriteten av intrauterin kirurgi som mottagningsoperation kom upp i 100% täckningsgrad! Där användes preoperativa enkäten i GynOp som hälsodeklaration och därmed ombesörjde operationskoordinator att alla patienter blev inkluderade och registrerade i GynOp.

Eftersom trenden med minimalinvasiv kirurgi även innefattar mer mottagningsoperation för fler gynekologiska ingrepp så vore det ju önskvärt att alla operationer som görs och som skall registreras i GynOp om kliniken är ansluten till GynOp-registret också blir registrerade.

Årets rapport kommer ta upp lite extra om endometriedestruktion/-ablation.

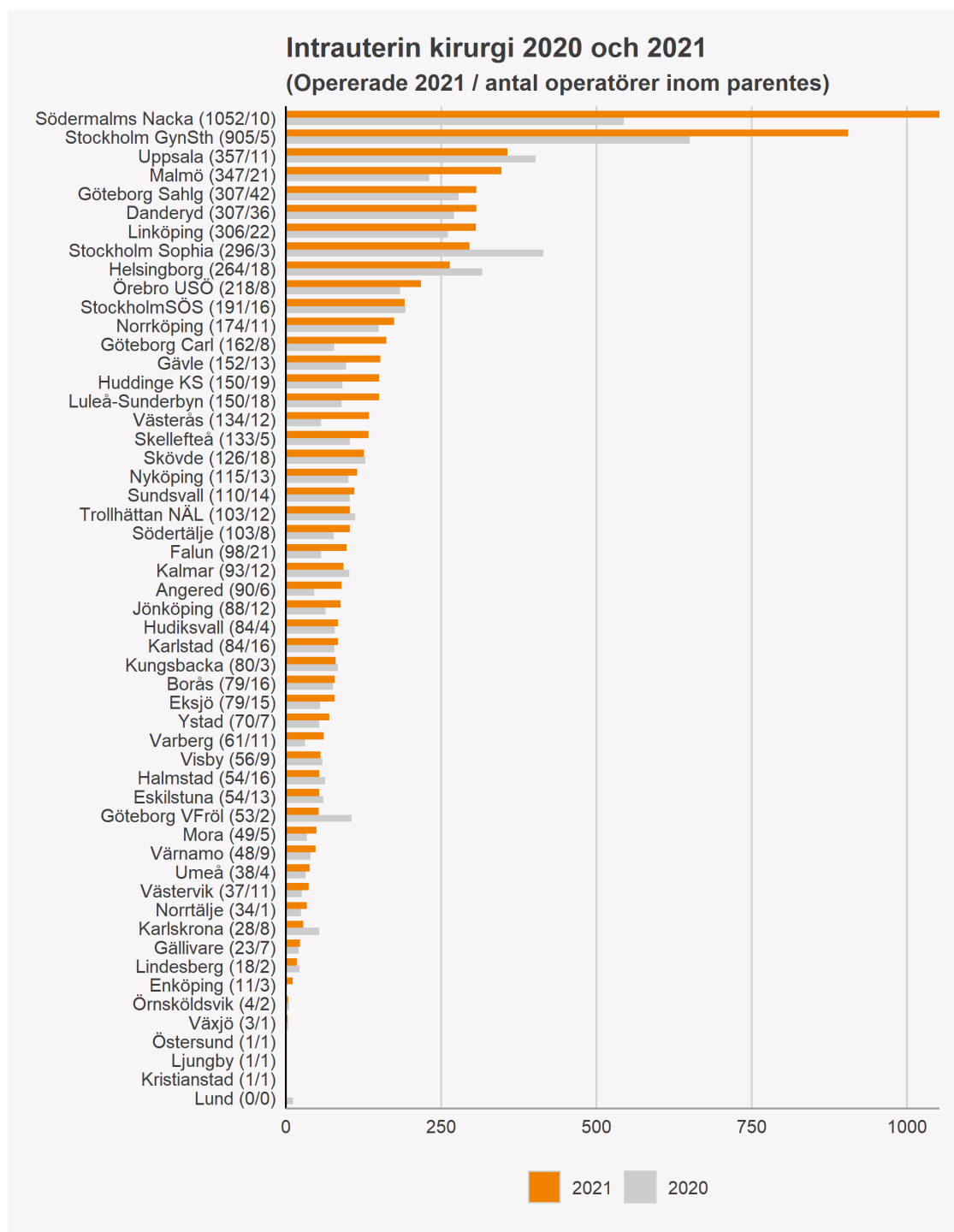
Mejla mig gärna om du har frågor om något gällande intrauterin kirurgi. Alla frågor och synpunkter är välkomna!

Anneli Jördens, delregisteransvarig Intrauterin kirurgi
anneli.jordens@regionuppsala.se

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.

Operation

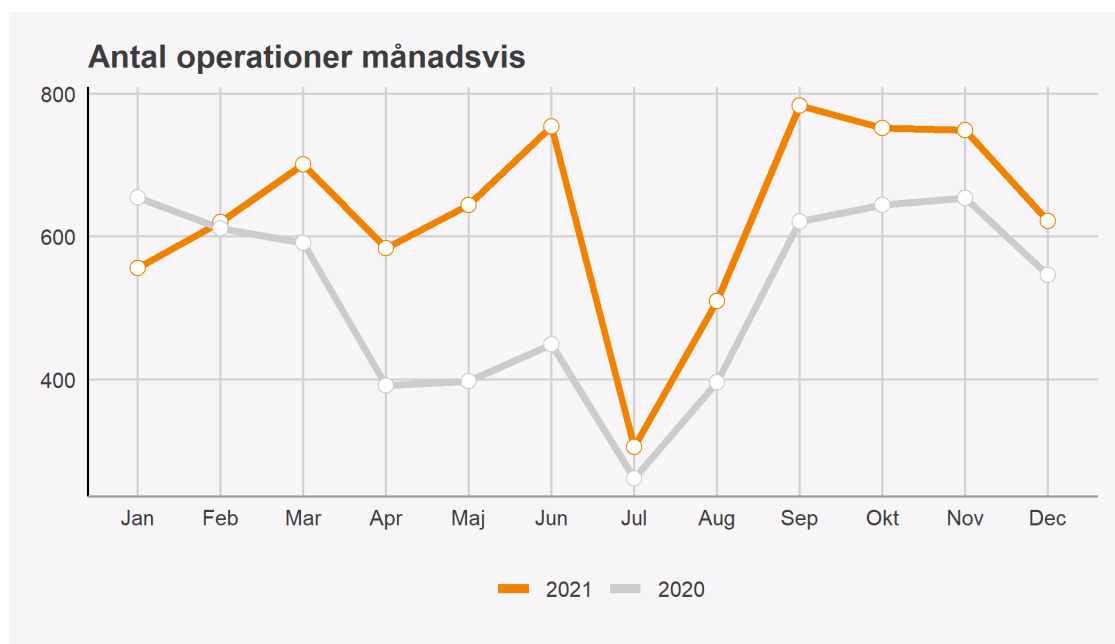


Figur 1. Intrauterin kirurgi 2020 och 2021.

I riket registrerades 7581 operationer under år 2021 vilket kan jämföras med 6219 registrerade operationer år 2020. Öppenvårdsklinikerna i Stockholm ligger fortsatt i topp vad gäller antal registrerade operationer.

Det är en markant ökning av antalet operationer, mellan år 2019 till 2020 ökade antalet med cirka 200 operationer, mellan 2020 och 2021 ser vi drygt 1300 fler registrerade operationer. Antal anslutna kliniker har gått från 51 stycken år 2020 till 53 stycken år 2021, några har fallit ifrån men några nytillskott kan ses.

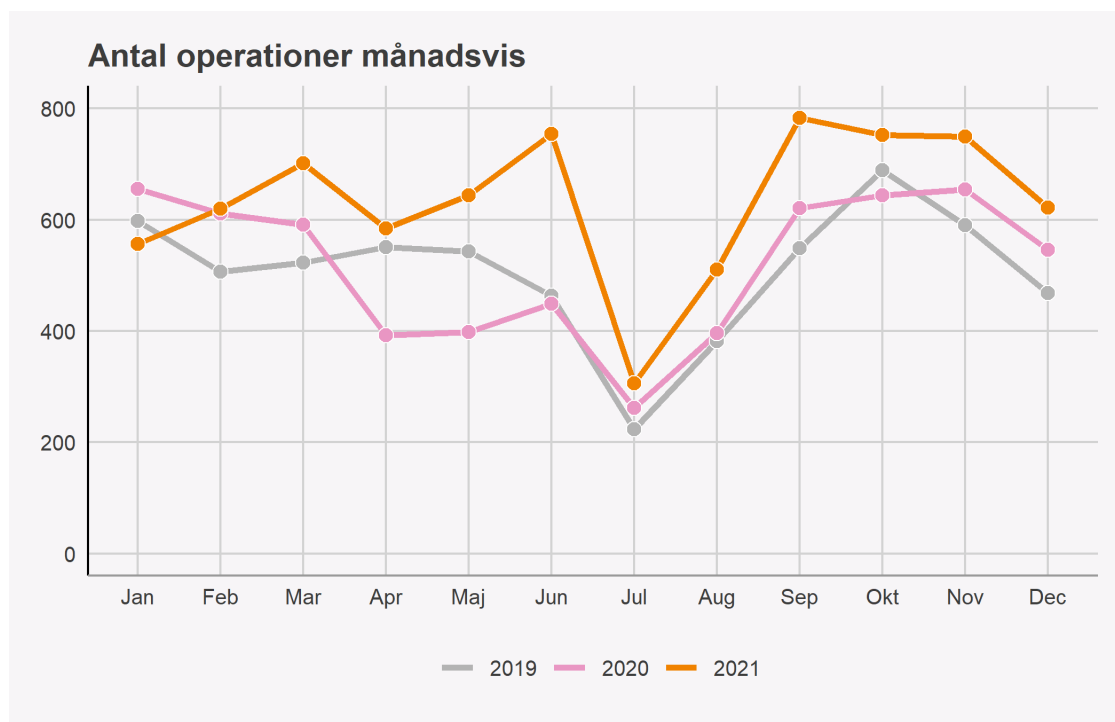
Vad som gör ökningen så stor blir spekulation, har det gjorts intrauterin kirurgi i stället för till exempel hysterektomi under pandemin? Beror ökningen på att medicinsk behandling för myom och rikliga blödningar med SPRM inte varit lika tillgängligt som tidigare då läkemedlet haft koppling till allvarliga biverkningar? Eller är det bara så enkelt att fler enheter gör intrauterin kirurgi?



Figur 2. Antal operationer månadsvis

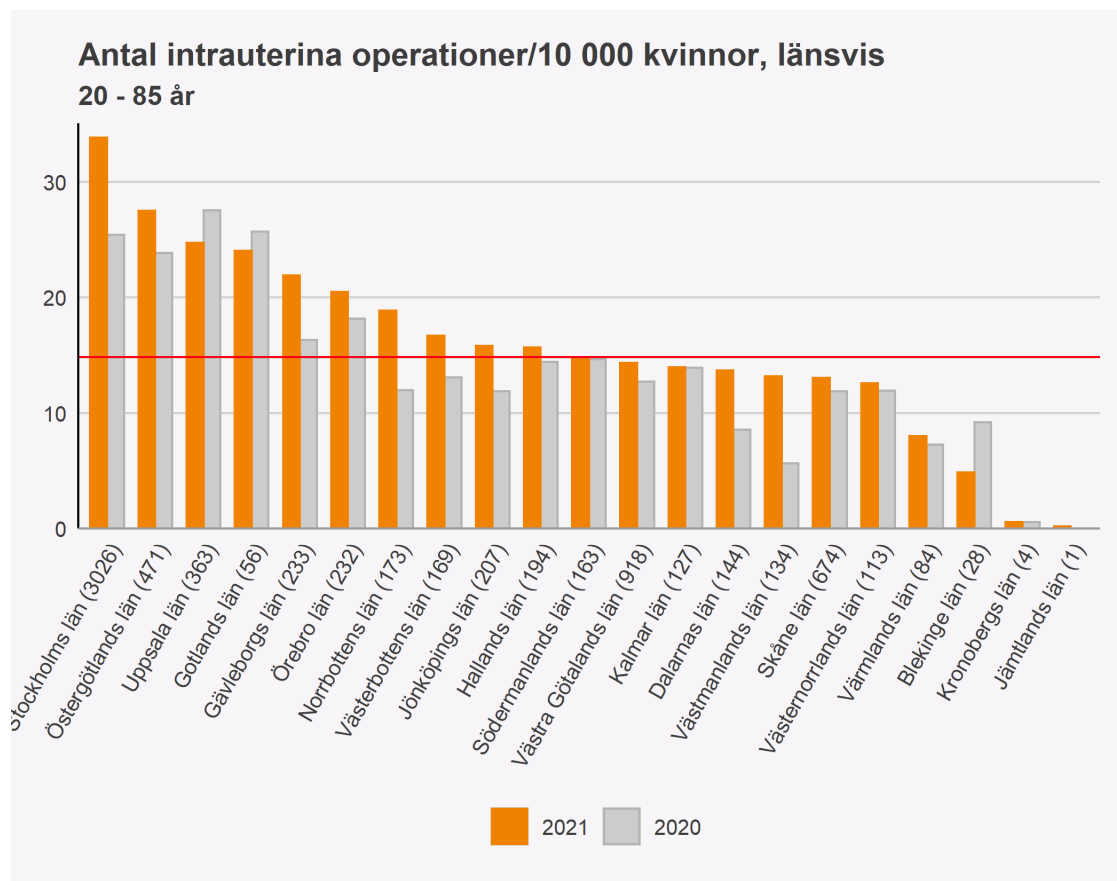
Nedgången våren 2020 på grund av pandemin märktes ej av 2021. Trots att pandemin pågick fortsatte verksamheten utan någon större påverkan.

Antal operationer (Covid-figur)



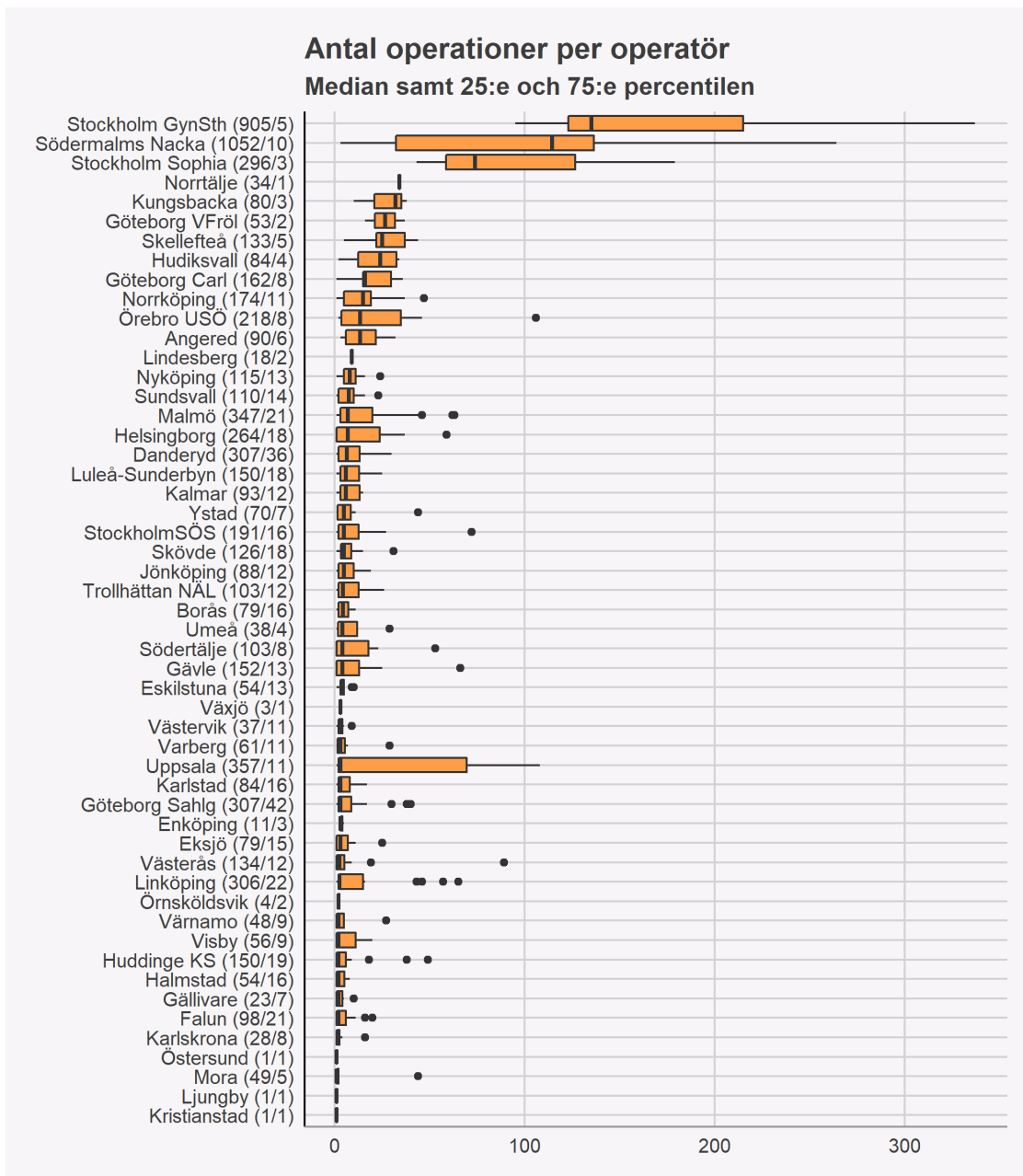
Figur 3. Antal operationer månadsvis

Här ses antalet intrauterina operationer under de tre senaste åren och jämförelsen med år 2019, året innan Covid-19, visar ju tydligt på ökningen av antalet registrerade operationer med intrauterin kirurgi. Även i år kommer det att skrivas en specialrapport om effekterna av Covid-19 på den benigna gynekologisk kirurgin.



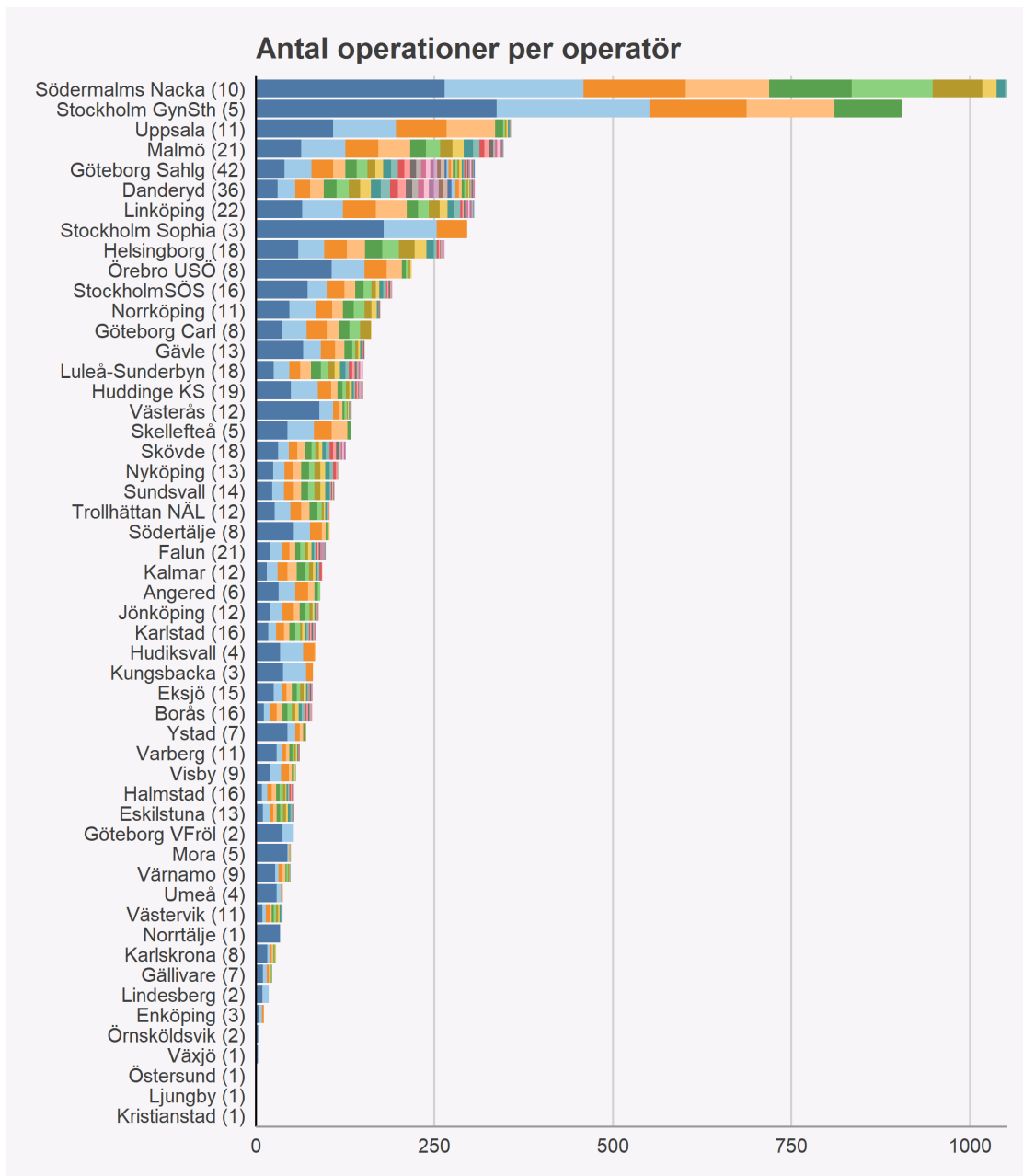
Figur 4. Antal intrauterin kirurgi/10 000 kvinnor (ålder 20–85 år), hämtat från GynOp och SCB år 2021. Inom parentes visas antalet opererade för 2021.

Skillnaderna i Sverige beror sannolikt till stor del på det som angavs i introduktionen (angående de intervjuade enheterna), men det är också regionala skillnader som förmodligen kan kopplas till antal opererande gynekologer, resurser och ekonomi. Var i Sverige patienten bor ska inte medföra någon skillnad på vilken vård som ges, men onekligen verkar det vara så om vi utgår från ovanstående figur.



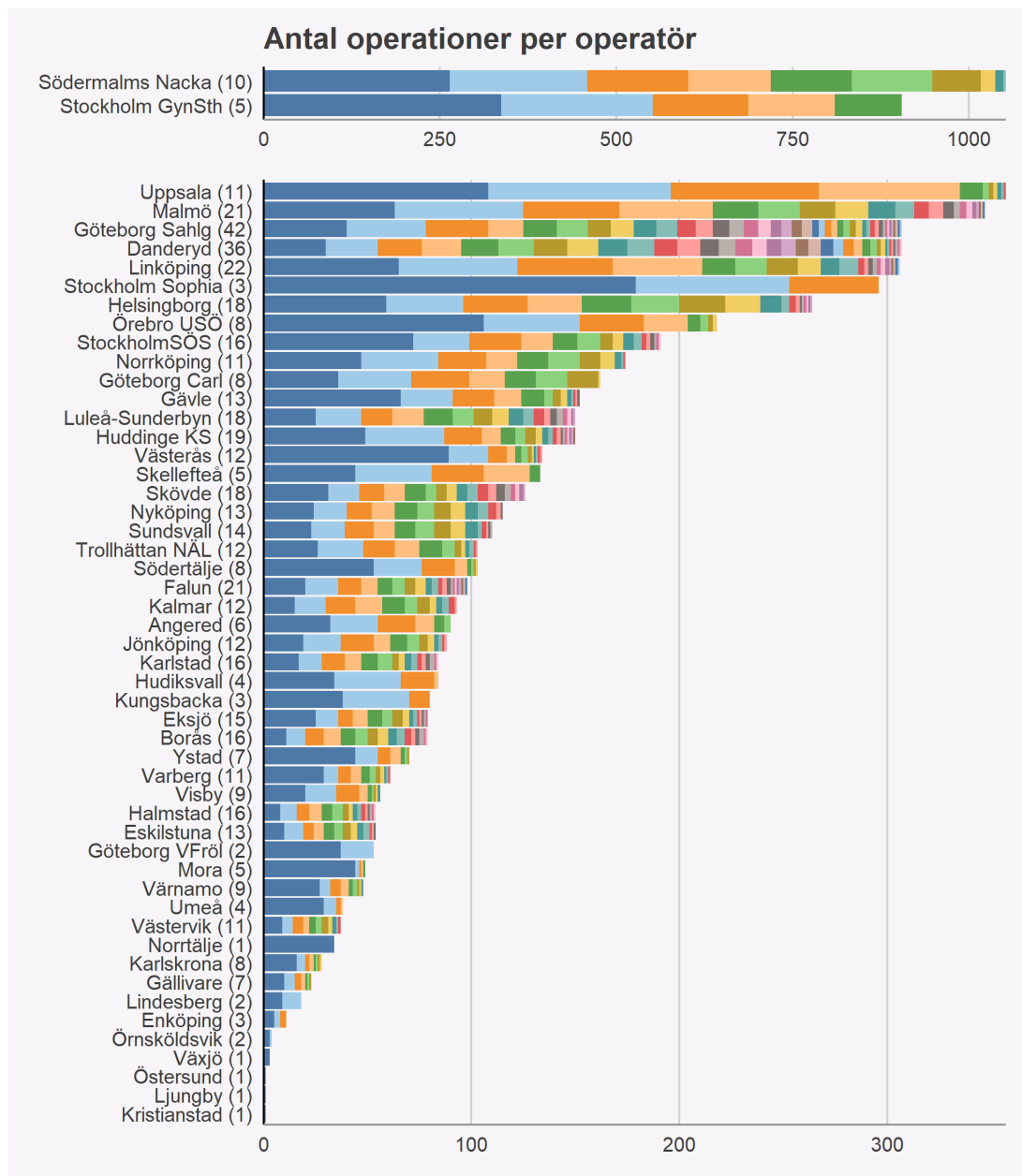
Figur 5. Antal operationer per operatör. Opererade / antal operatörer inom parentes efter klinikanamnet

För bibehållen kvalitet och patientsäkerhet rekommenderas att varje operatör utför ett visst antal operationer/år. För intrauterin kirurgi finns inget definierat antal. På en majoritet av klinikerna utförs få ingrepp per operatör. I kontrast till det ses förhållandevis lågt antal komplikationer och goda siffror för patientnöjdhet så det tycks inte påverka resultatet nämnvärt.



Figur 6. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikens stapel.

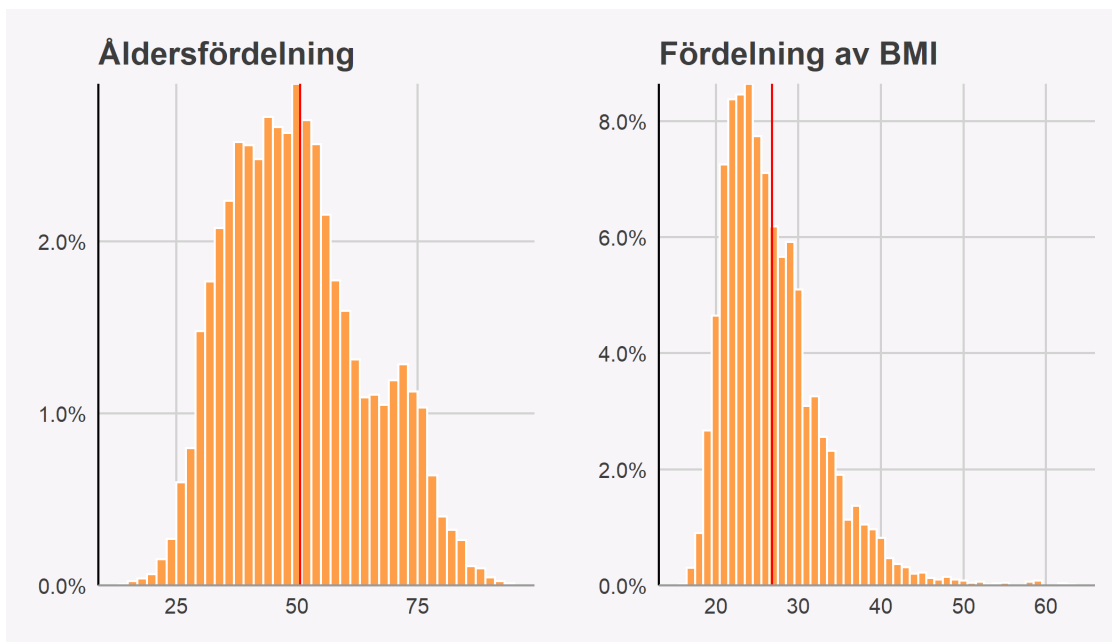
Med detta utseende på staplarna blir det en tydligare bild av antalet operatörer på enheterna. Det går också att uppfatta att på kliniker som gör färre än 200 ingrepp/år så verkar någon eller några operatörer vara huvudoperatörer. Om de som enbart utför enstaka operationer är ST-läkare framgår inte nu. Kanske ser vi det bättre nästa år eftersom det i operationsformuläret har lagts till en obligatorisk variabel att ange om ST-läkare själv utfört eller varit delaktig vid operationen.



Figur 7. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikkens stapel.

I Sverige är Södermalms Läkarsjukhus/Nacka och Gyn Stockholm S:t Görans högproducenter av intrauterin kirurgi och om vi bryter ut de två enheterna från resten av Sverige så blir listan ännu tydligare över antalet operatörer på de kliniker där många opererar och det ger en bild av att det finns någon eller några huvudansvariga intrauterina operatörer vid varje klinik.

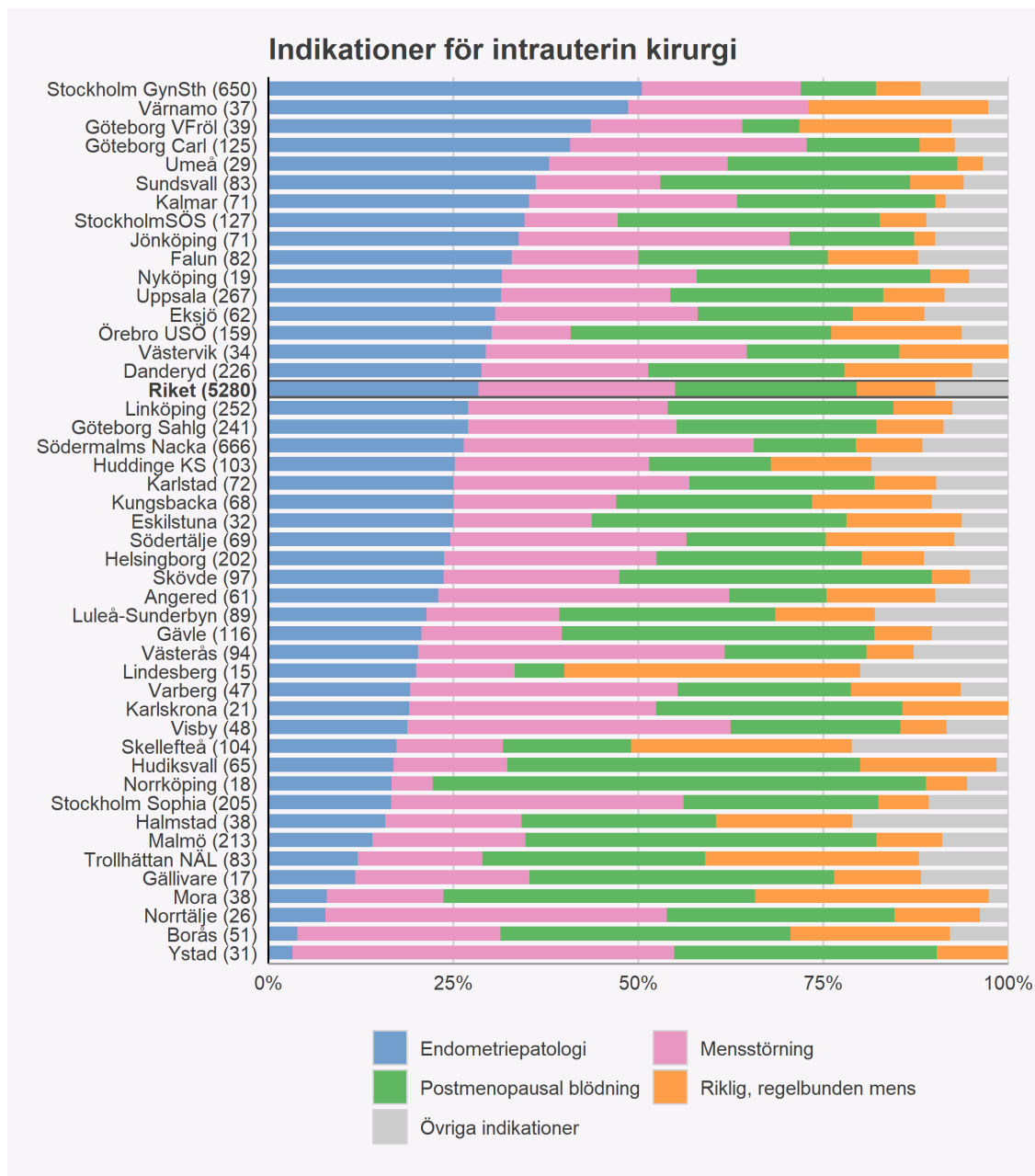
Ålders- och BMI-fördelning



Figur 8. Fördelning av ålder och BMI

Åldersfördelningen ser oförändrad ut från tidigare år, flest peri- och premenopausala kvinnor, en liten ökning vid drygt 75 års ålder då postmenopausal blödning är huvudskälet till intrauterin kirurgi för utredning. Ingen nämnvärd skillnad i BMI från tidigare år.

Indikationer



Figur 9. Indikation för intrauterin kirurgi

Indikationer för intrauterin kirurgi är inte heller i år självklara vid registrering. Som nämnts i introduktionen kommer detta problem sannolikt försvinna när registreringen av indikationerna är ändrade i operationsformuläret.

Tabellerna som följer visar på den uppenbara svårigheten att bedöma vad som är vad av nuvarande indikationer! Jag hoppas och utgår ifrån att dessa tabeller, med samma diagnos utspritt på alla indikationer, inte kommer vara aktuellt framöver.

Tabell 1. Vad ingår i riklig mens, mensstörning och endometrieopatologi?

Indikation	Huvuddiagnos	Antal
Riklig, regelbunden mens	Myom D25.9	208
	Riklig, regelbunden mens N92.0	201
	Polyp i livmodern N84.0	41
	Riklig och oregelbunden mens N92.1	24
	Polyp i livmodern, endometrieopatologi N84.0	16
	Mellanblödningar N92.1	11
	Riklig, regelbunden mens	9
	Oregelbunden mens UNS N92.6	3
	Adenomyos N80.0	3
	Enkel hyperplasi av endometriet N85.0	3
	Anemi UNS D64.9	2
	Myom med postmenopausal blödning D25.9	2
	Polyp i livmodern med postmenopausal blödning N84.0	2
	Cancer i livmodern C54.9	2
	Annan indikation/diagnos	1
	Adenomyos med smärtsam mens N80.0	1
	Endometrium, intrauterin patologi	1
	Fördröjd och sekundär blödning efter graviditet O72.2	1
	Endometrios UNS N80.9	1
	Kronisk inflammation i livmodern N71.1	1

Fortsättning tabell 1:

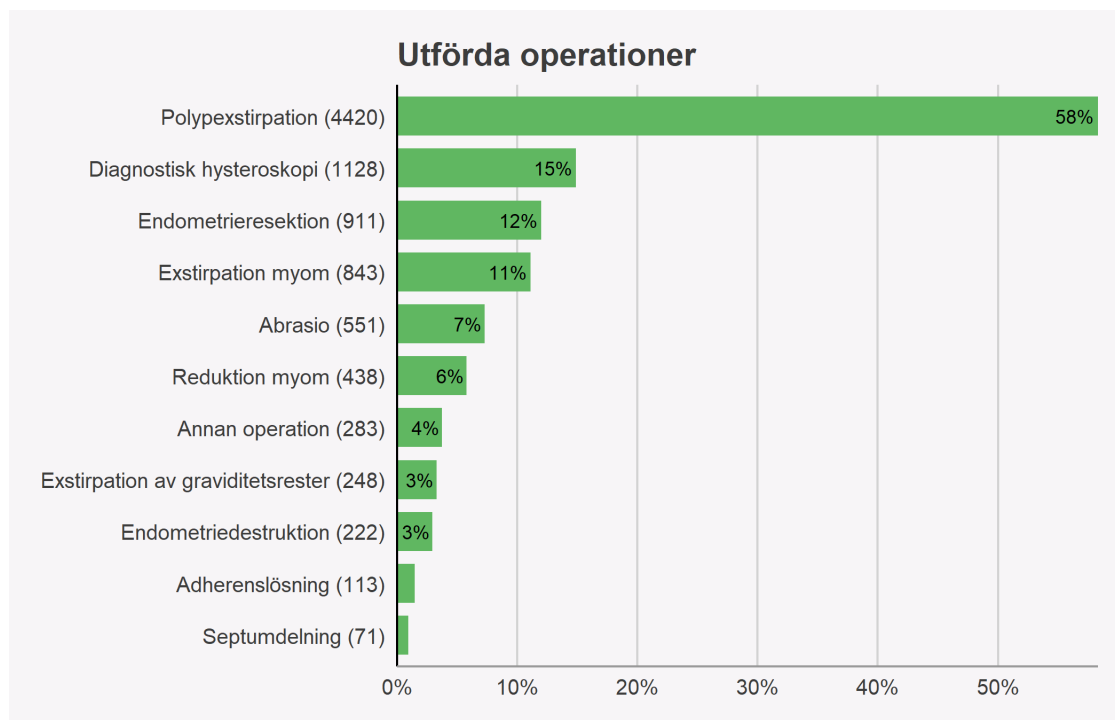
Indikation	Huvuddiagnos	Antal
Mensstörning	Polyp i livmodern N84.0	467
	Myom D25.9	340
	Rikliga och oregelbundna blödningar N92.1	177
	Polyp i livmodern, endometriepatologi N84.0	96
	Oregelbunden mens UNS N92.6	93
	Mellanblödningar N92.1	62
	Riklig regelbunden menstruation N92.0	27
	Glandulärcystisk hyperplasi av endometriet N85.0	13
	Annan indikation/diagnos	10
	Adenomyos N80.0	10
	Polyp i livmodern med postmenopausal blödning N84.0	10
	Adenomtös. hyperplasi med atypi N85.1	5
	Postmenopausal blödning, ej hormonbehandlad N95.0A	4
	Mensstörning	2
	Myom med dysmenorré D25.9	2
	Fördröjd och sekundär blödning efter graviditet O72.2	2
	Postmenopausal blödning, hormonbehandlad N95.0B	2
	Myom med infertilitet D25.9	2
	Intrakavitär förändring med infertilitet N97.2	2
	Cancer i livmodern C54.9	2
	Graviditetsrelaterat	1
	Riklig regelbunden mens	1
	Smärtsamma menstruationer	1
	Adenomyos med dysmenorré N80.0	1
	Kvinnlig infertilitet beroende på störd funktion i uterus N97.2	1
	Postmenopausal blödning	1
	Myom med postmenopausal blödning D25.9	1
	Buksmärta UNS R10.4	1
	Profylaktisk kirurgi pga. riskfaktorer i samband med maligna tumörer Z40.0	1
	Symtomfria myom D25.9	1
	Ej specificerat myom D25.9	1
	Ej specificerat adenomyos N80.0	1
	Lätt cervixdysplasi (CIN 1) N87.0	1
	Tumör av okänd natur i livmodern D39.0	1

Fortsättning tabell 1:

Indikation	Huvuddiagnos	Antal
Endometrieptologi	Polyp i livmodern, endometrieptologi N84.0	945
	Fördröjd och sekundär blödning efter graviditet O72.2	93
	Polyp i livmodern N84.0	76
	Polyp i livmodern med postmenopausal blödning N84.0	67
	Kvinnlig infertilitet beroende på störd funktion i uterus N97.2	46
	Myom D25.9	33
	Enkel hyperplasi av endometriet N85.0	28
	Annan indikation/diagnos	23
	Riklig regelbunden menstruation N92.0	16
	Postmenopausal blödning, ej hormonbehandlad N95.0A	11
	Corpuscancer C54.9	11
	Endometrium, intrauterin patologi	10
	Myom med postmenopausal blödning D25.9	10
	Metrorrhagi N92.1	9
	Riklig och oregelbunden mens N92.1	9
	Oregelbunden mens UNS N92.6	6
	Postmenopausal blödning, hormonbehandlad N95.0B	6
	Intrakavitär förändring med infertilitet N97.2	6
	Graviditetsrelaterat	5
	Adenomyos N80.0	5
	Symtomfria myom D25.9	4
	Adenomatös hyperplasi med atypi N85.1	3
	Mensstörning	2
	Buksmäta UNS R10.4	2
	Infertilitet	2
	Kronisk inflammation i livmodern N71.1	2
	Ej specificerat myom D25.9	2
	Ej klassificerbar indikation/diagnos från fritext	2
	Ovarialcysta UNS N83.2	1
	Endometriosis ovarium N80.1	1
	Dysmenorré ospecificerad N94.6	1
	Adenomyos med dysmenorré N80.0	1
	Myom med dysmenorré D25.9	1
	Profylaktisk kirurgi pga. riskfaktorer i samband med maligna tumörer Z40.0	1
	Cancer i livmodern	1
	Tumör av okänd natur i livmodern D39.0	1
	Annan gynekologisk cancerindikation/diagnos	1

Typ av operation som utförts

I figuren och tabellen nedan (Utförda operationer) summerar andelarna till mer än 100 %. Detta eftersom en patient kan ha gjort fler än en operation.



Figur 10. Utförda operationer

Polypektomi kvarstår som det mest frekvent utförda, intrauterina, kirurgiska ingreppet. Som tidigare finns en del diagnostiska hysteroskopier och abrasio registrerade och de hör ju egentligen inte hemma i registret. De görs dock många gånger i kombination med något annat ingrepp och därav finns de med här.

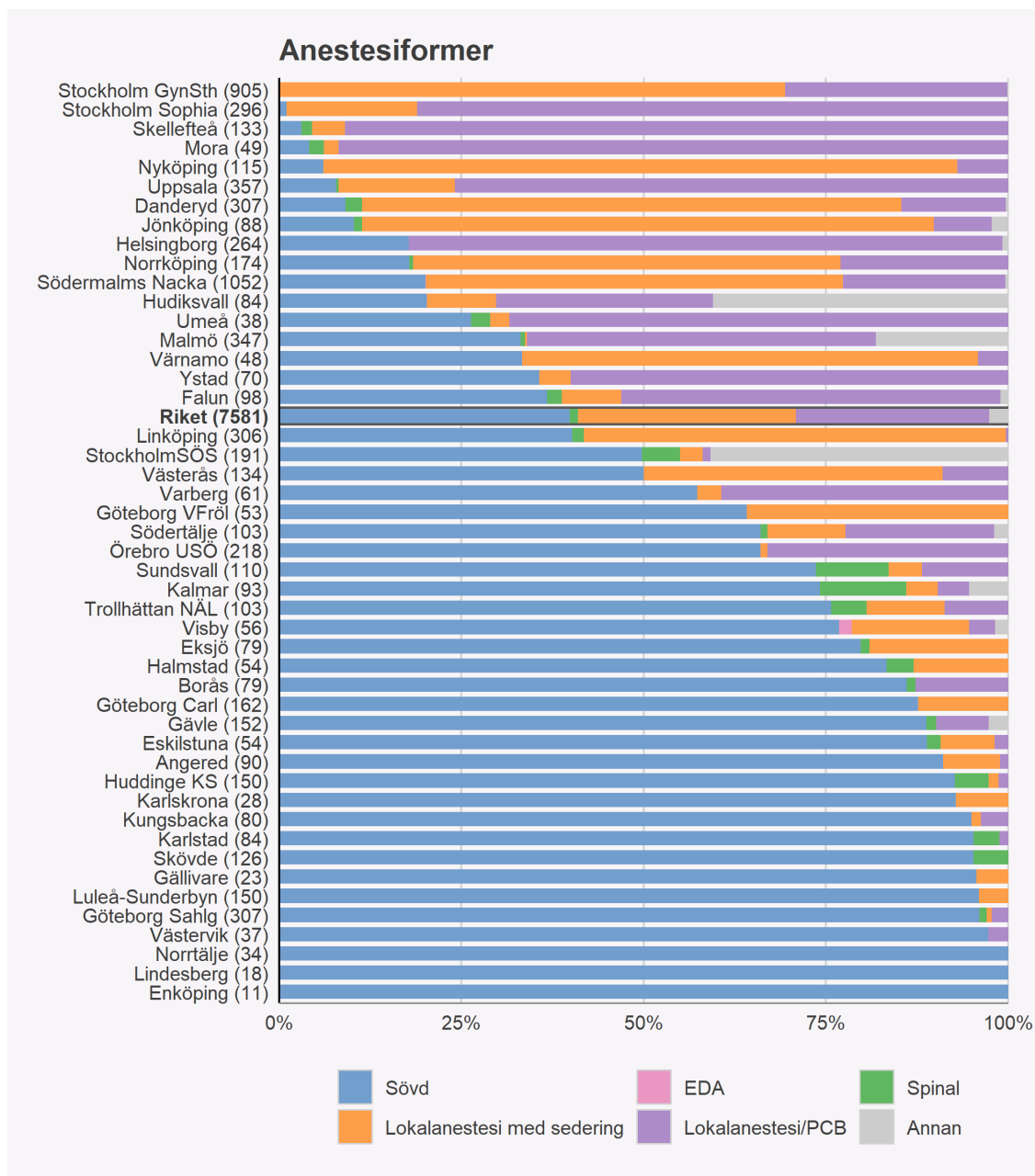
Det är vanligt med abrasio + polypektomi, det finns 223 ingrepp med den kombinationen. Abrasio + diagnostisk hysteroskopi är registrerat för 120 ingrepp, egentligen skulle just den kombinationen ej vara med, men det kan ha varit på indikation suspekt polyp och då kommer det med även om ingen polypektomi utfördes. Det finns dock registrerat 48 enbart abrasio och det är lite oförklarligt varför.

Budskapet är således fortsatt – diagnostisk hysteroskopi och abrasio skall inte registreras, om de utförs ensamt, i GynOp för intrauterin kirurgi.

Anestesi

Tabell 2. Anestesiformer sorterade på förekomst

Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	3019	39,8%
Lokalanestesi med sedering	2264	29,9%
Lokalanestesi	1248	16,5%
PCB	762	10,1%
Annan	198	2,6%
Spinal	88	1,2%
EDA	2	0,0%



Figur 11. Anestesiformer

Vald anestesiform påvisar en intressant riktning då antalet som sövs för intrauterin kirurgi minskar. År 2020 var det 45,6% som sövdes, år 2021 har det minskat till 39,8%. Även lokalanestesi + sedering har minskat något medan enbart lokalanestesi har ökat från 8,6% 2020 till 16,4% 2021. Om PCB plussas på så blir det 16,6 % för år 2020 och 26,4% som alltså görs enbart med lokalanestesi år 2021. För en del intrauterina ingrepp används fundusblockad som läggs via hysteroskop. Det finns inget eget val för det så det hamnar sannolikt under lokalanestesi, men får gärna anges med fritext under valet "Annan" i operationsformuläret.

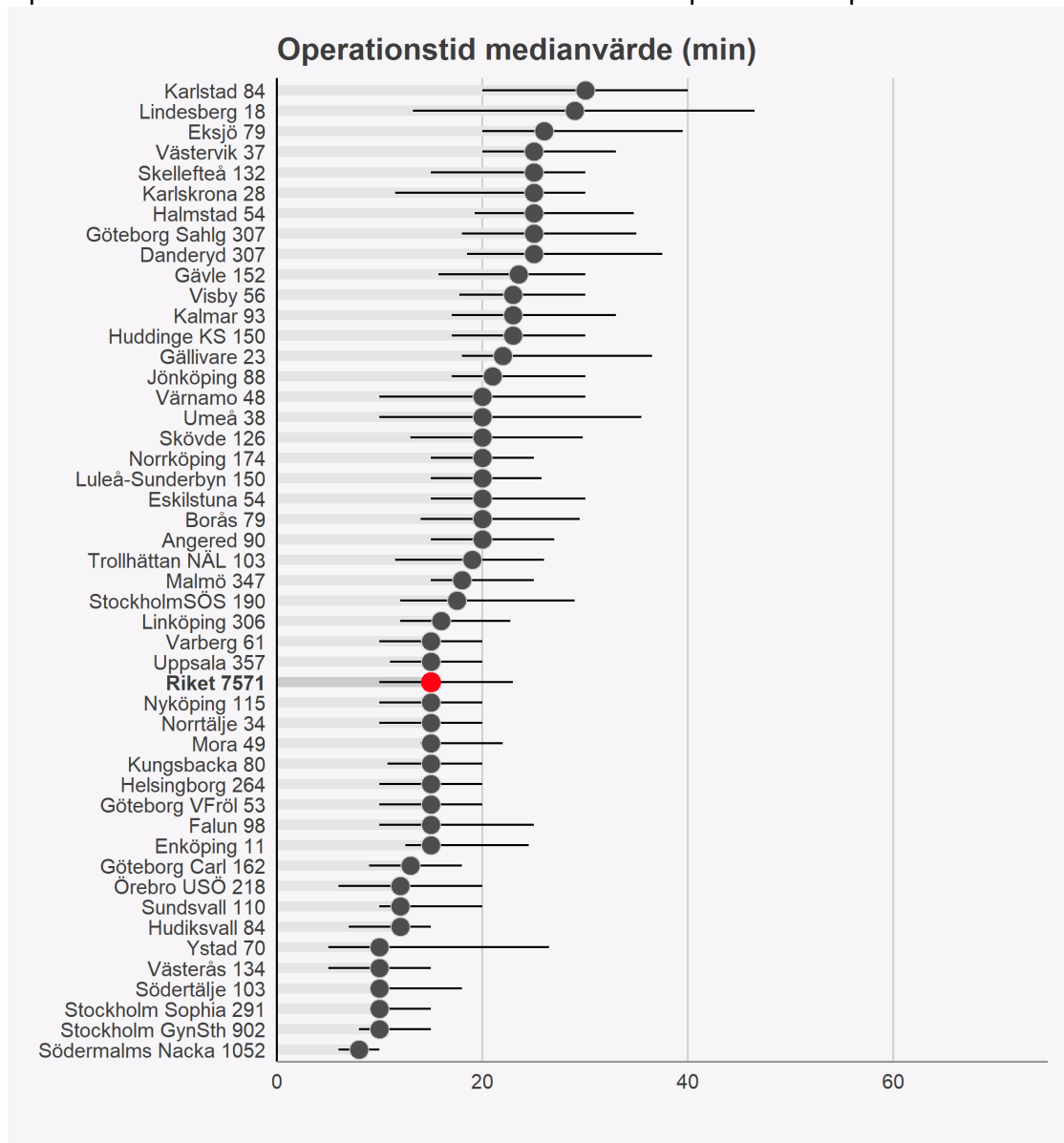
Tabell 3. Vad har angetts under Anestesi = Annan?

Anestesi	Antal
Inget	91
Cervixblockad	42
Sedering	36
Cervixdilatation	13
Uppgift saknas	7
Cervixbedövning	3
Ingen, vaginoskopi	2
Alvedon och Naproxen	1
Innan	1
PCB	1
Rapifen	1

Det är intressant att bryta ut vad som anges under "Annan". Vi hittar fortsatt en stor andel "Inget" här, men även egna formuleringar som cervixbedövning och cervixblockad. Märkligt nog var även 13 ifyllda som "cervixdilatation". Kopplingen val av anestesi metod och cervixdilatation som registrering skulle jag gärna få feedback på!

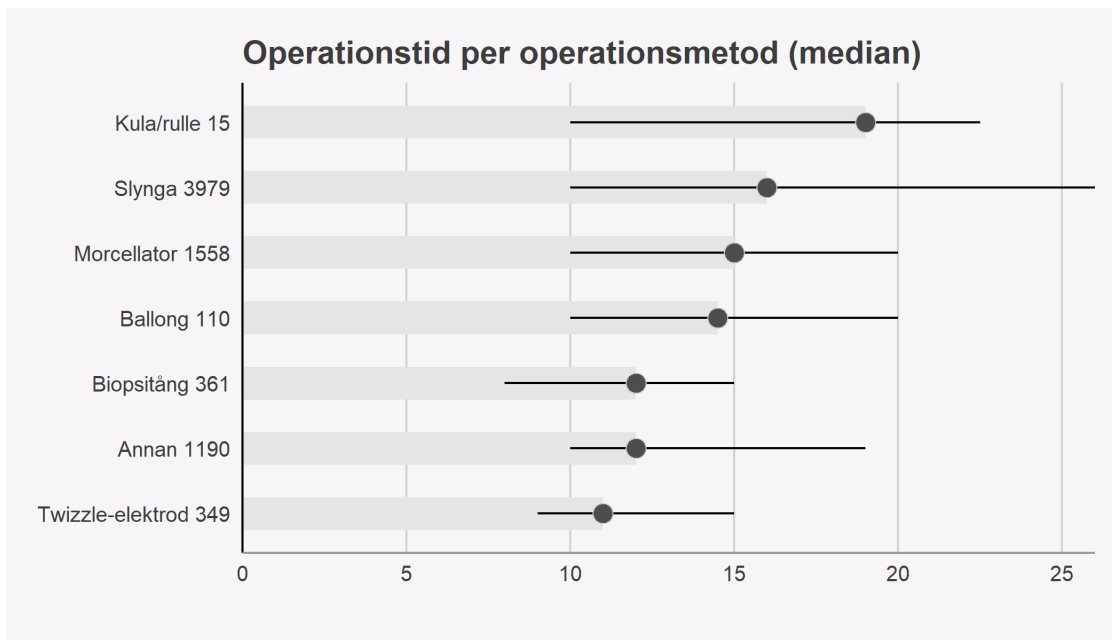
Operationstid

Operationstiden är redovisad som median och 25:e respektive 50:e percentilen.

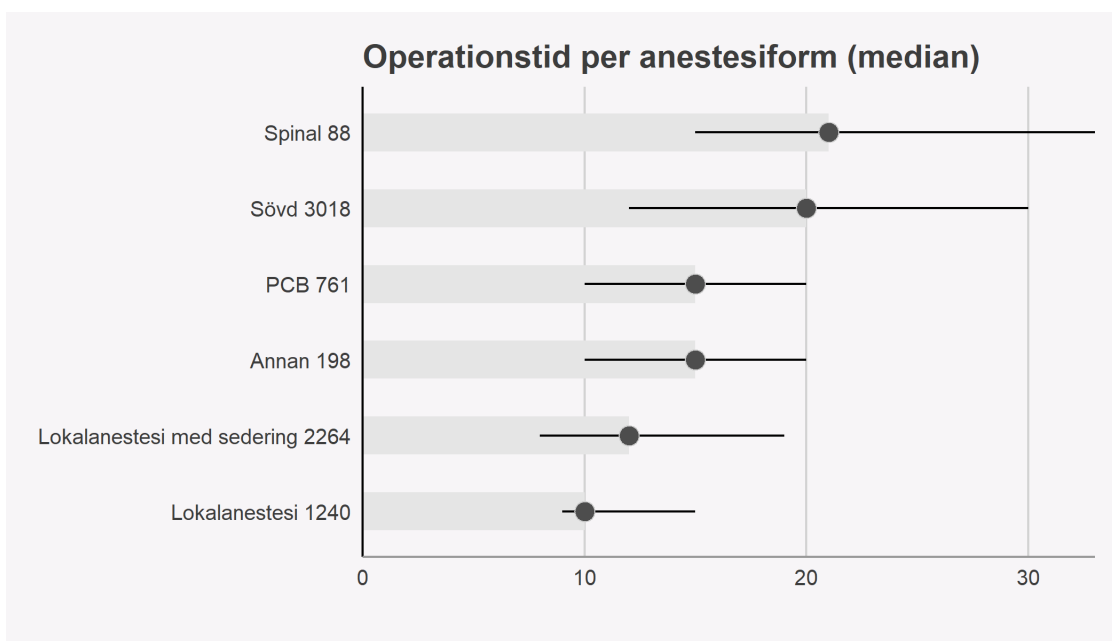


Figur 12. Operationstid medianvärde (min)

Operationstiden är relativt kort för intrauterin kirurgi och sett till klinikerna ligger majoriteten under eller på 20 minuters operationstid. I jämförelse med år 2020 så har operationstiden blivit kortare även för de enheter som har längst operationstid så det går än mer mot snabba ingrepp. Förklaringen till det torde vara det ökade antal mottagningsoperationer som utförs, i jämförelse med att söva patienterna, samt att det också är en marknad för intrauterin kirurgi där instrument förfinas och förbättras som underlättar ingreppen.



Figur 13. Operationstid per operationsmetod (median)

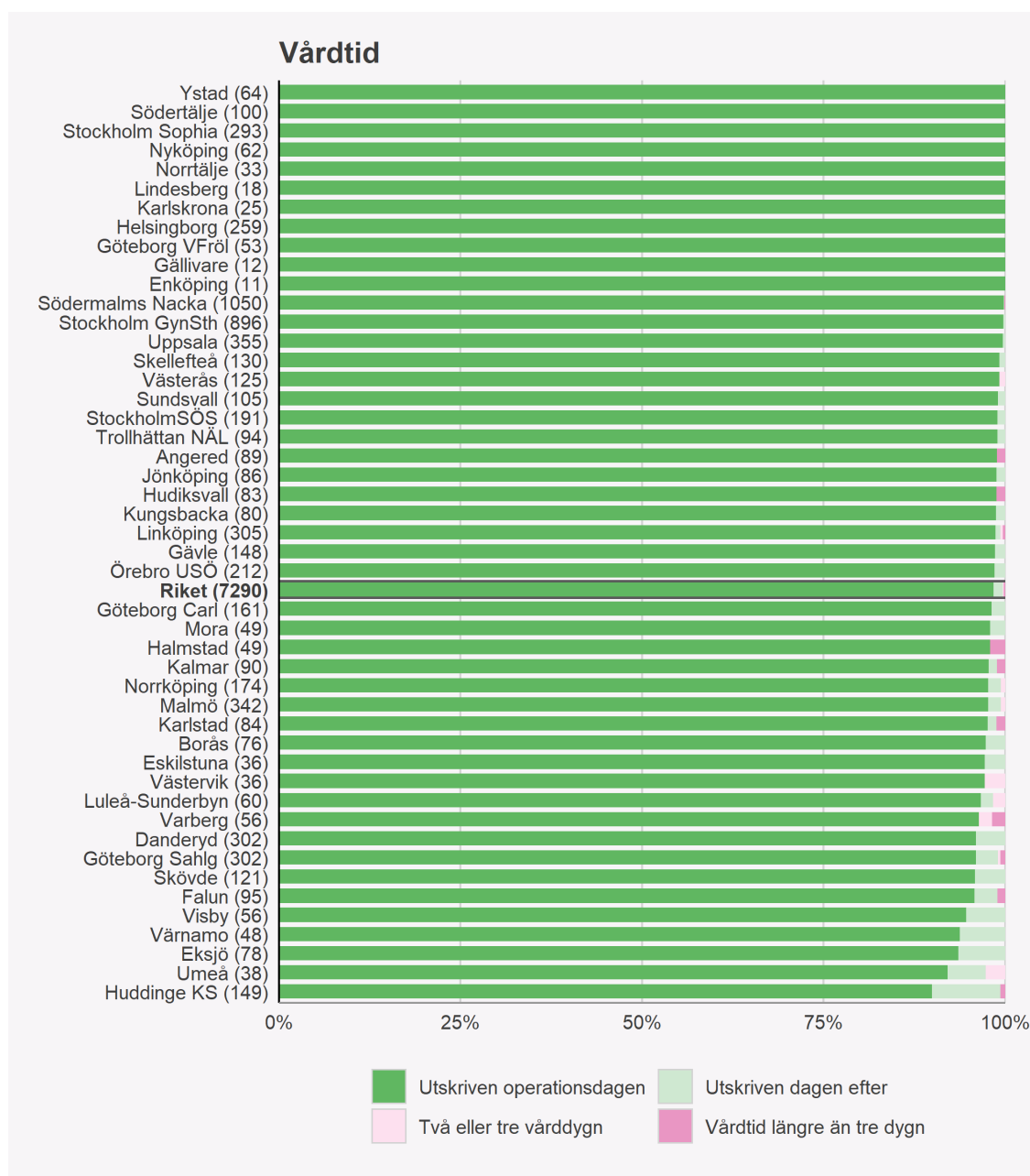


Figur 14. Operationstid per anestesiform (median)

Det görs få ingrepp med kula/rulle för endometriedestruktion, men operationstiden framträder som längst för detta ingrepp, dock ligger medianen fortsatt under 20 minuter. Slynge och morcellator är i stort likvärdiga i operationstid. Ballong är ju här både ballong och diatermi-instrument Novasure, men Novasure återfinns även under Annan. Det är lite oklart varför operationstiden är i median 15 minuter, själv proceduren tar drygt 2 minuter oavsett instrument. Här redovisas ju ingreppet utan information om det är så att hysteroskopi utförts samtidigt, det kan ju ha lagts en fundusblockad innan till exempel. När nya operationsmallen är införd kommer vi kunna skilja på dessa två metoder och då kommer det bli tydligare att skilja ut de som till exempel får en fundusblockad via hysteroskop. Nu är det inte granskat eftersom vi inte har valet Novasure i mallen.

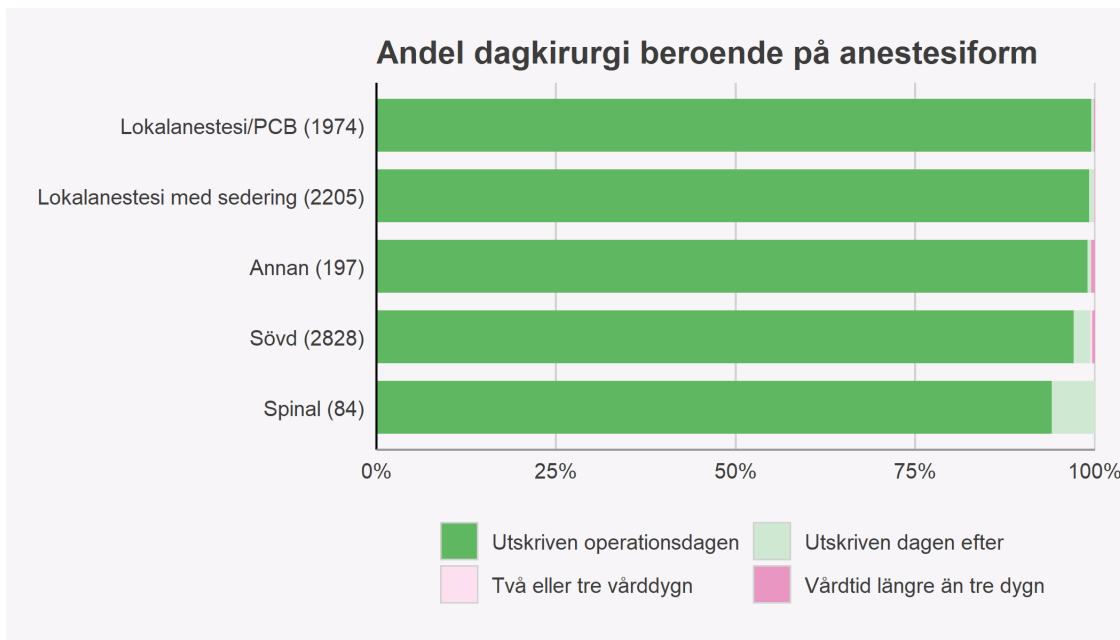
Spinalanestesi är den form som används mest på äldre eller multisjuka patienter, ASA-klass 3 osv. Inga konstigheter att det blir längre operationstid för dessa patienter. Med lokalanestesi är operationstiden i princip på samma nivå som 2020, det som är markant är hur antalet ökat, vilket nämnts tidigare.

Vårdtid

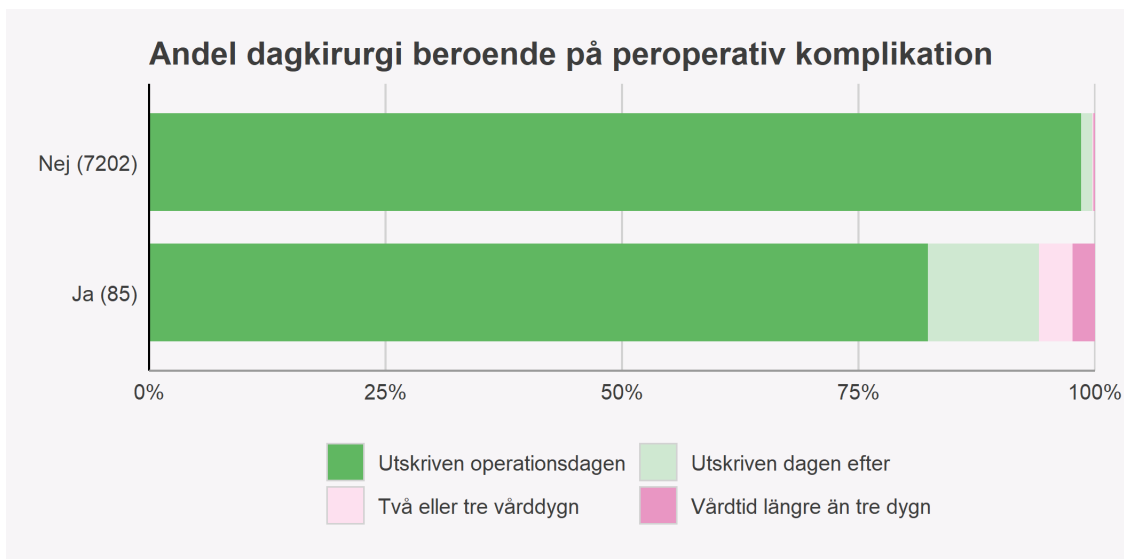


Figur 15. Vårdtid

Andelen patienter som skrivs ut operationsdagen är 98,4%, 1,3% går hem dagen efter operation. Enbart 0,3% har en vårdtid mer än 2 dygn. Siffrorna är självklara med tanke på att det är ett dagkirurgiskt ingrepp och oftast görs som en mottagningsoperation. De som har längre vårdtid är patienter där komplikation uppstått, äldre patient eller patienter med högre ASA-klass.



Figur 16. Andel dagkirurgi beroende på anestesiform

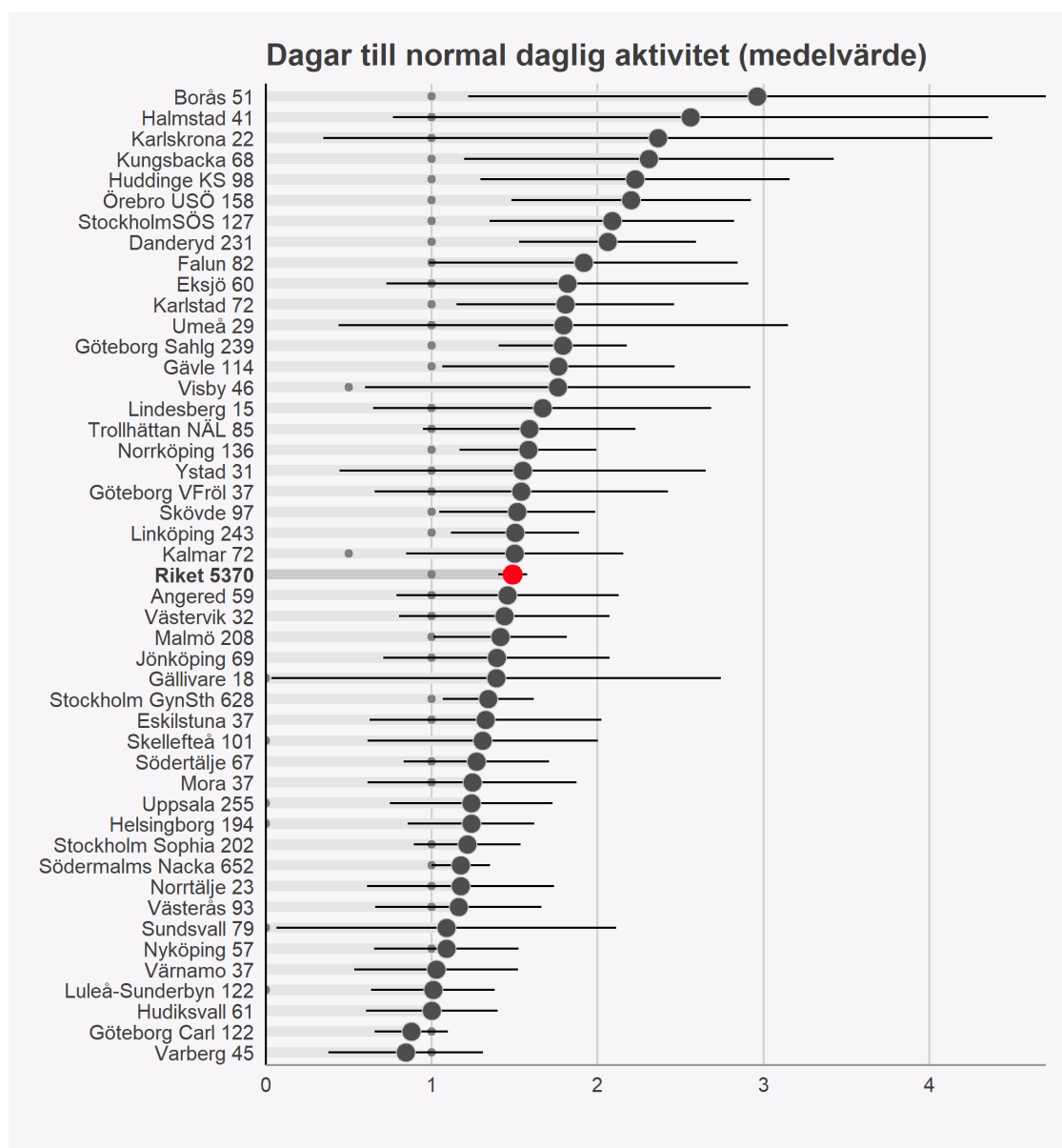


Figur 17. Andel dagkirurgi beroende på peroperativ komplikation

Även om en peroperativ komplikation uppstår så är längre vårdtid sällan indicerat och 2/3 kan skrivas ut operationsdagen och resterande i majoritet dagen efter.

Tid till normal ADL

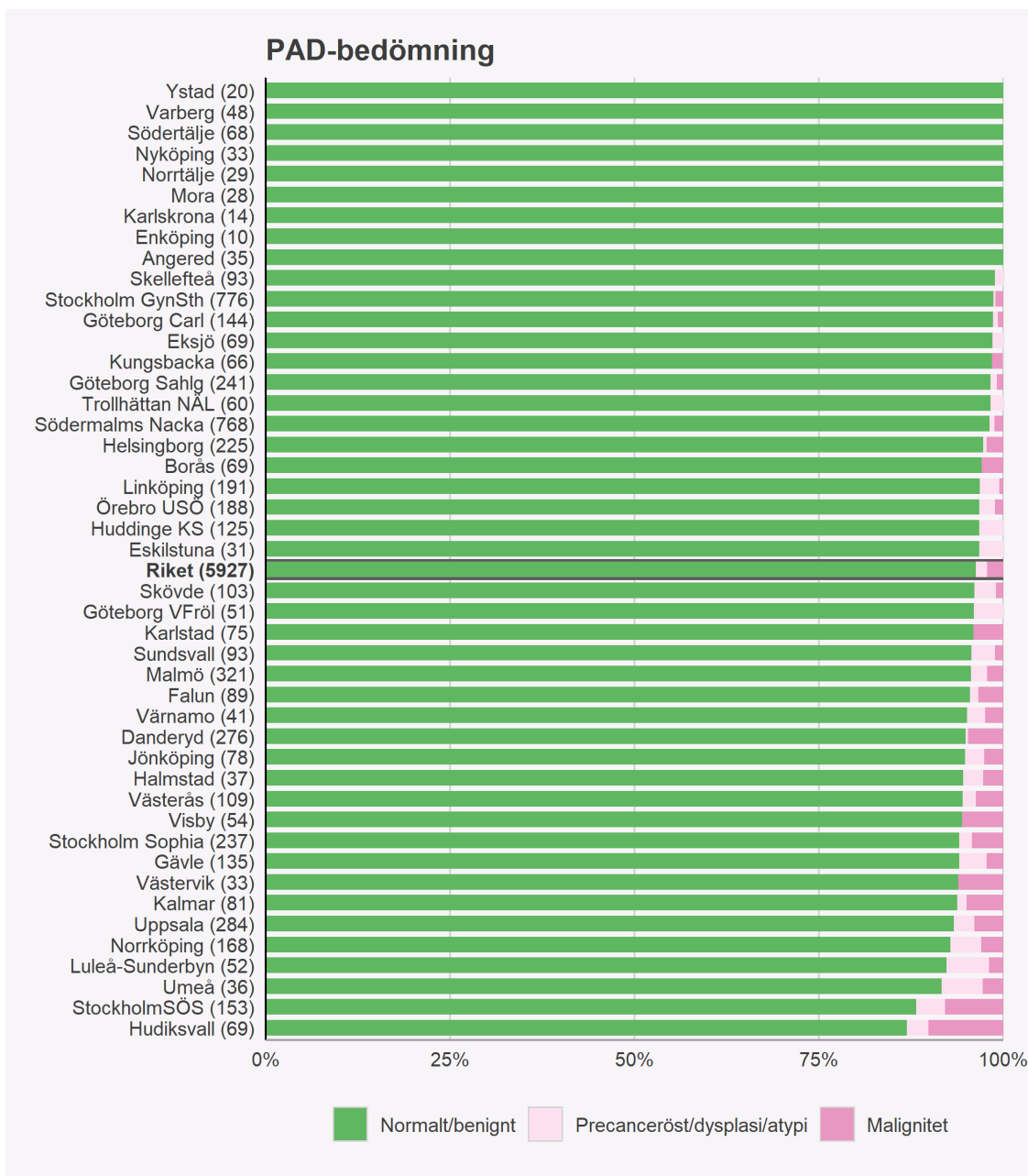
Den lilla grå pricken visar medianvärdet.



Figur 18. Dagar till normal daglig aktivitet (medelvärde)

Värdet för riket för tid till normal ADL var under 2 dagar år 2020, för år 2021 är det snarare kring 1,5 dag och en median på 1 dag.

Själva operationen är sällan något som föranleder sjukskrivning. Det kan uppstå ett behov för sjukskrivning om andra faktorer i hälsotillståndet påverkas av operationen eller om en komplikation inträffar.



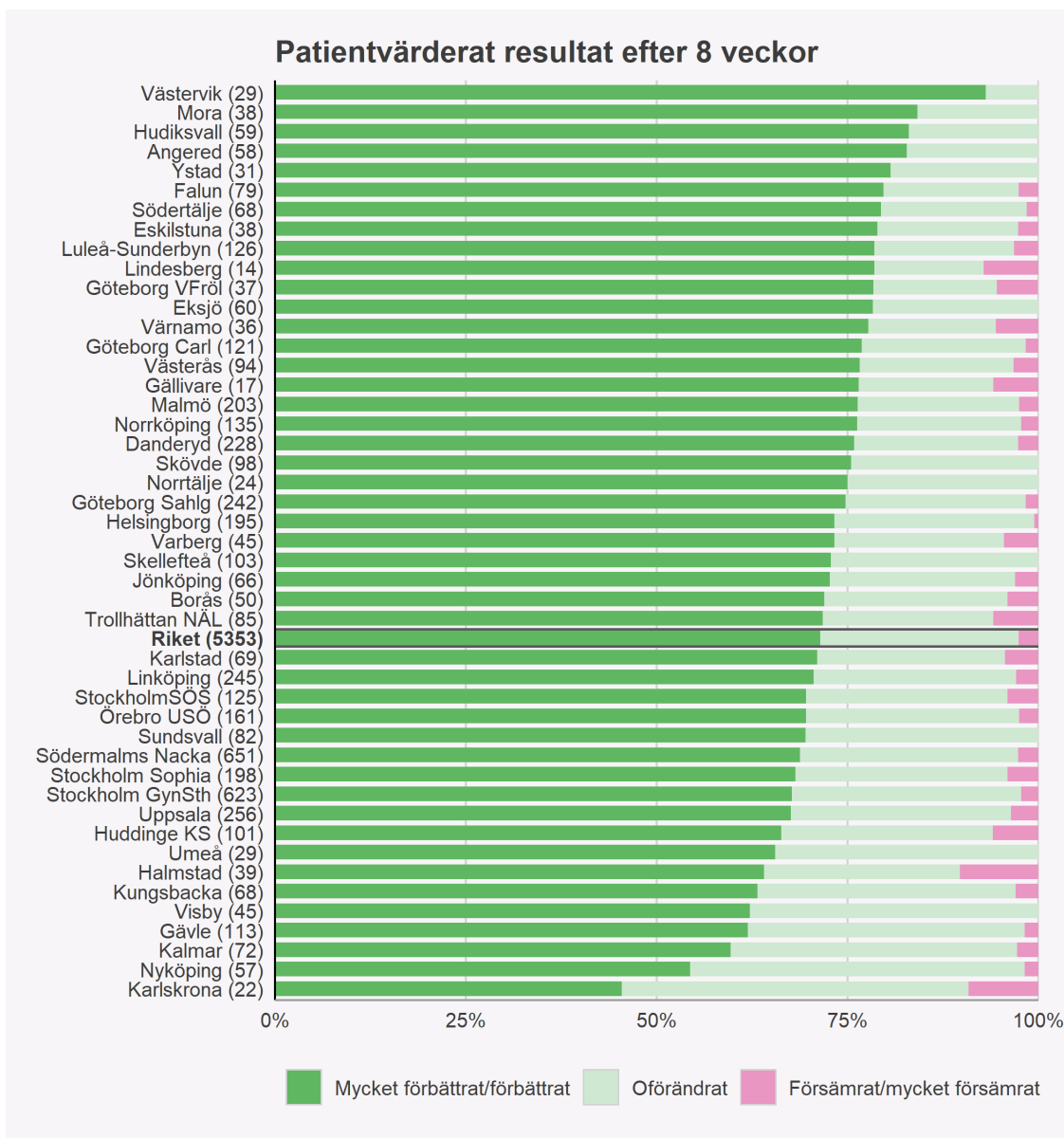
Figur 19. PAD-bedömning

Tabell 4. PAD-bedömning

PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	5710	5927	96,3%
Precanceröst/dysplasi/atypi	89	5927	1,5%
Malignitet	128	5927	2,2%

Fynd av dysplasi, atypi eller malignitet vid intrauterin kirurgi sker inte ofta eftersom den primära rekommendationen vid malignitetsmisstanke från corpus är provtagning med endometriebiopsi med hjälp av pipelle/endorette. I de fall det inte går att ta prov på det viset eller om det inte går att få ett adekvat svar på endometriebiopsin så skall man gå vidare i diagnostiken med hysteroskopi med biopsi, inte abrasio. Givetvis är detta beroende på klinikens resurser och tillgång till hysteroskop, men generellt sett är detta utredningsgången vid misstänkt corpusmalignitet.

Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation



Figur 20. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Tabell 5. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

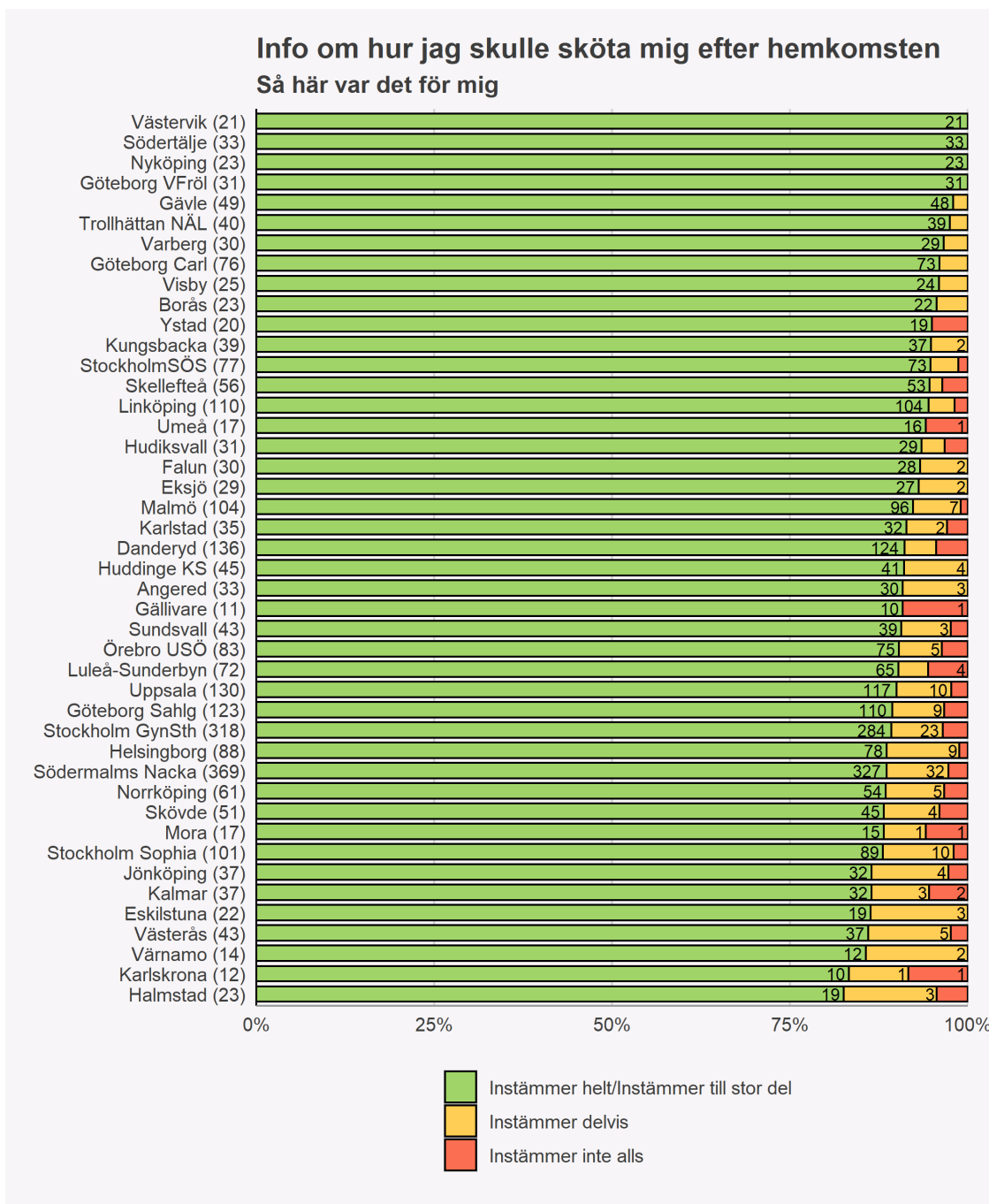
Tillstånd efter 8 veckor	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3825	5353	71,5%
Oförändrat	1392	5353	26,0%
Försämrat/mycket försämrat	136	5353	2,5%

Patientvärderat resultat efter 8 veckor uppvisar ingen större förändring från året innan, det är fortsatt >70% som upplever sitt tillstånd förbättrat. Oförändrat i 26% är inte heller anmärkningsvärt, då det kan vara ganska beskedliga symtom av till exempel en polyp utan större blödningsbekymmer, som gör att patienten inte har upplevt det som ett problem och därmed upplevs ingen skillnad efter exstirpation.

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. Sen gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning. I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".



Figur 21. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig

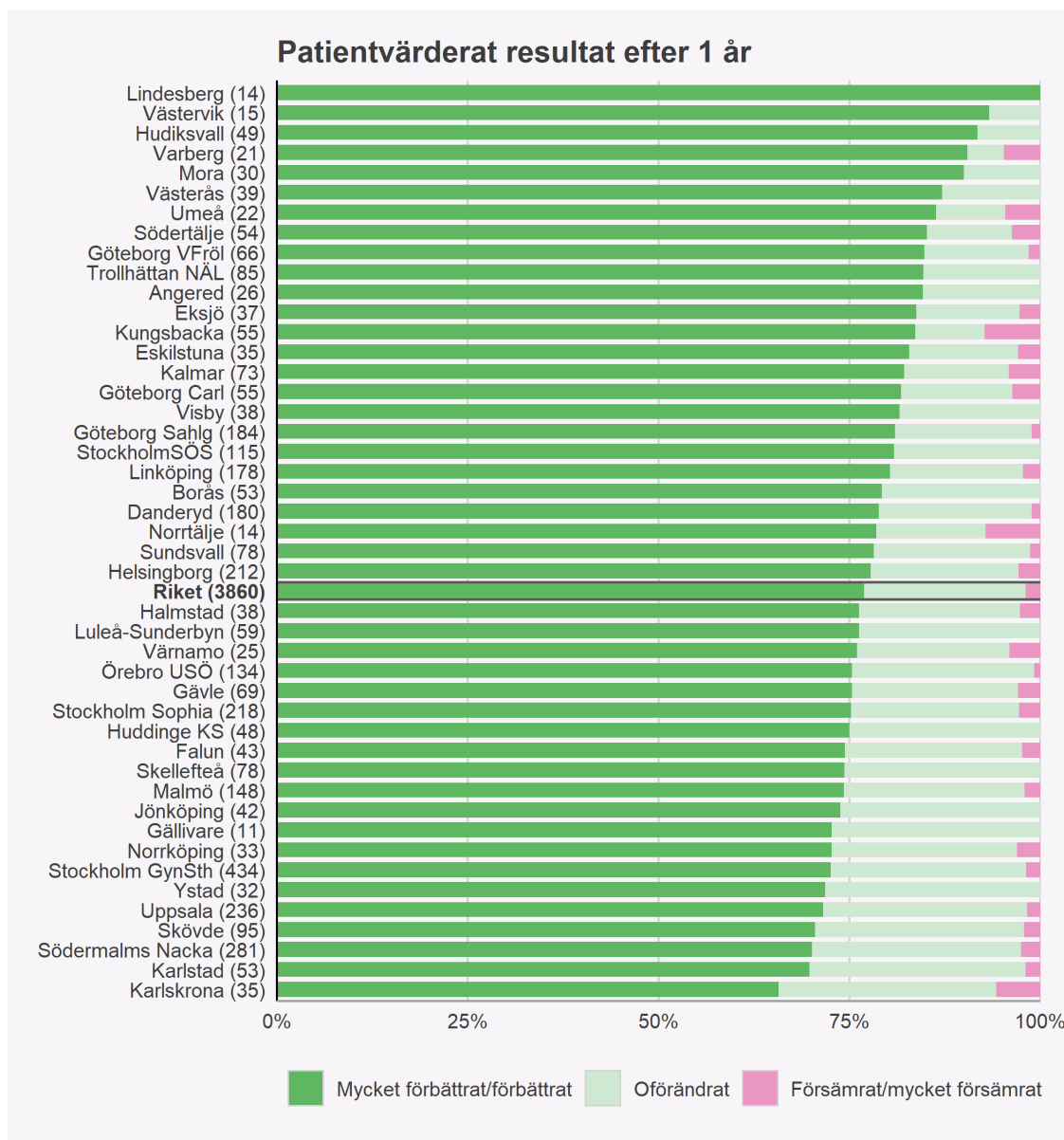
Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 6. 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	34	2434	1,4%
Av ganska stor betydelse	136	2434	5,6%
Av stor betydelse	764	2434	31,4%
Av allra största betydelse	1500	2434	61,6%

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år

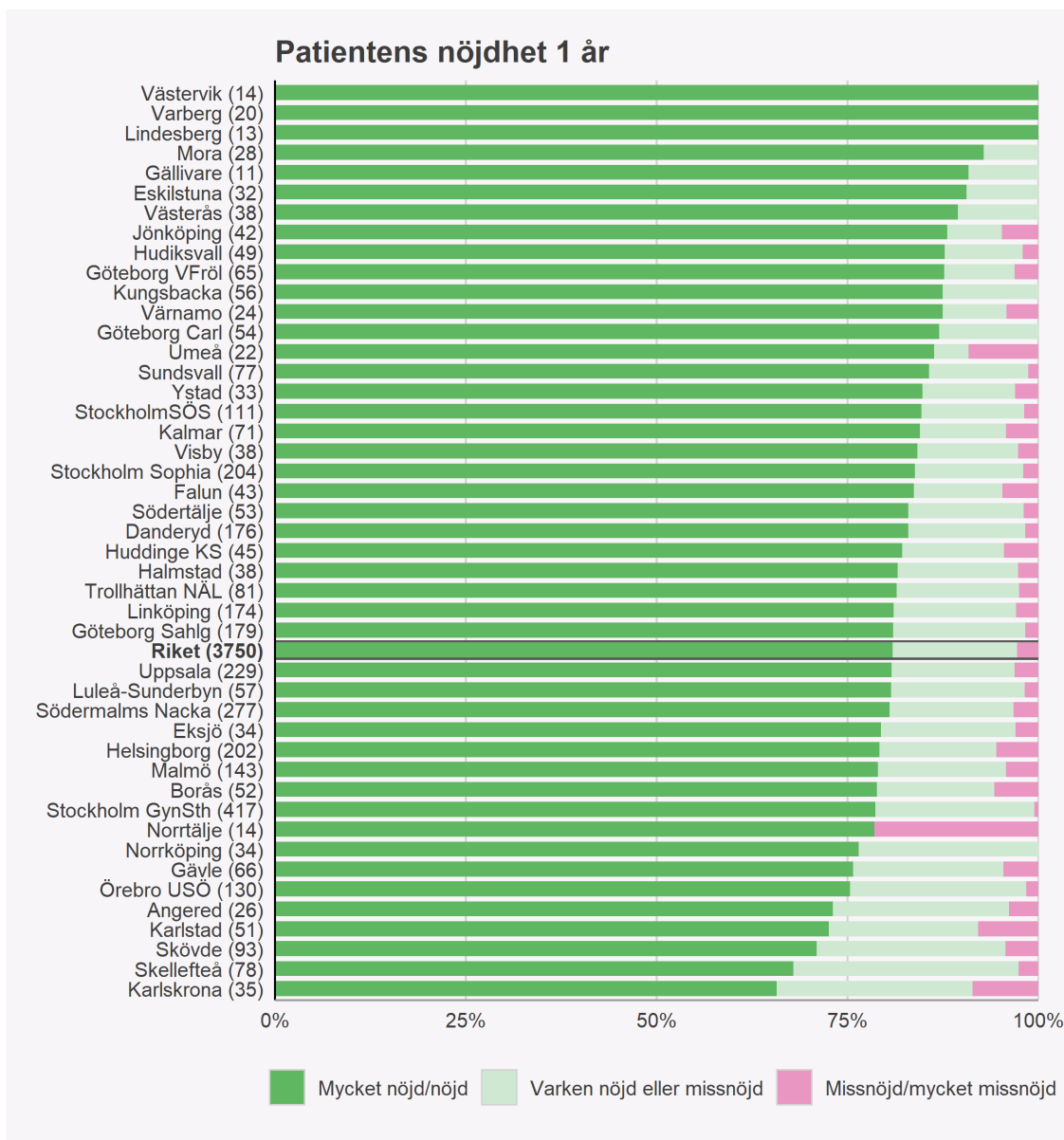


Figur 22. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tabell 7. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	2970	3860	76,9%
Oförändrat	817	3860	21,2%
Försämrat/mycket försämrat	73	3860	1,9%

Nöjdhet efter 1 år

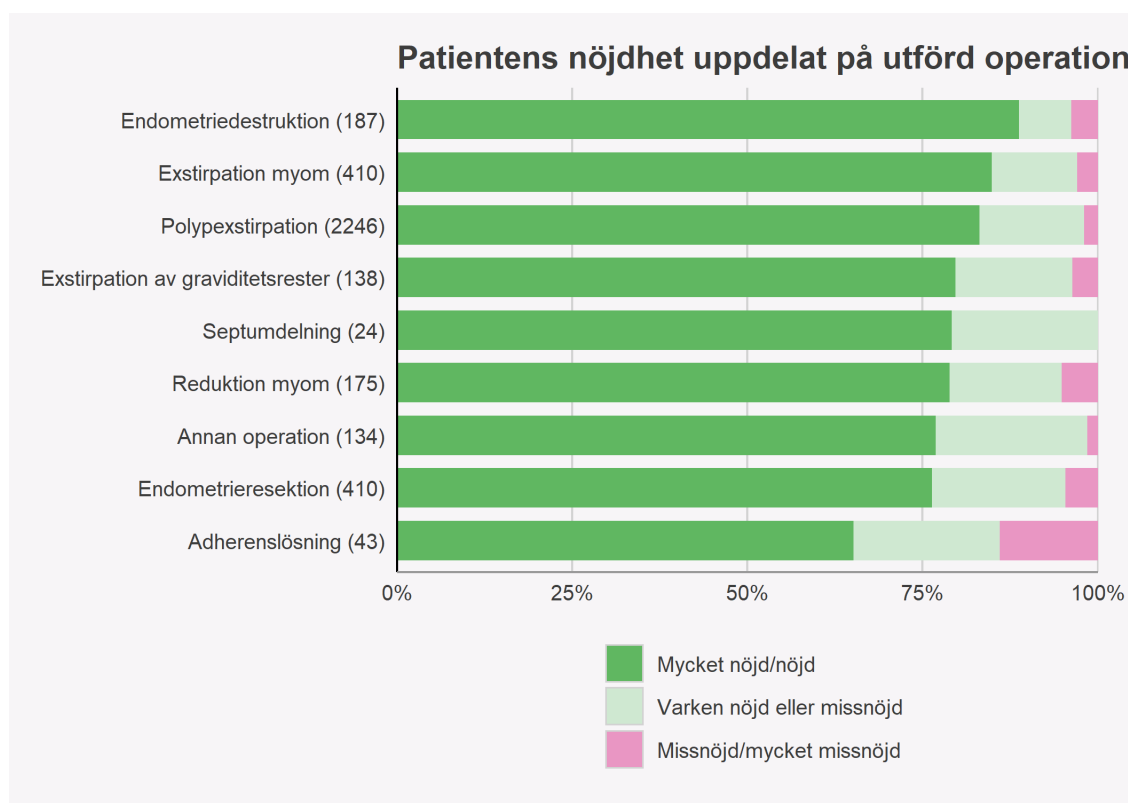


Figur 23. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 8. Patientens nöjdhet 1 år

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	3036	3750	81,0%
Varken nöjd eller missnöjd	610	3750	16,3%
Missnöjd/mycket missnöjd	104	3750	2,8%

Årets siffror i 1-årsenkäten visar en liten ökning av andelen nöjda patienter (80,5% år 2020) och en liten minskning av missnöjda patienter (3,6% år 2020) jämfört med föregående år. Låt oss sträva vidare i denna riktning, med än fler nöjda patienter efter intrauterin kirurgi.



Figur 24. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

Den grupp som uppger att resultatet är "oförändrat" eller "varken nöjd eller missnöjd" ses vid till exempel septumdelning eller adherenslösning. Indikationen för dessa ingrepp är oftast graviditetsrelaterad och om inte patienten blivit gravid efter ingreppet utförts som fertilitetsfrämjande, så kan givetvis svaret finnas här till att patienten ej är helt nöjd. Mindre nöjdhet vid reduktion av myom jämfört med exstirpation av myom är också rätt självklart då blödningsproblematiken kan fortsätta med enbart reducerat myom. Det görs fler endometriresektioner i jämförelse med destruktion, nöjdheten visar sig här påtagligt högre vid destruktion.

Komplikationer

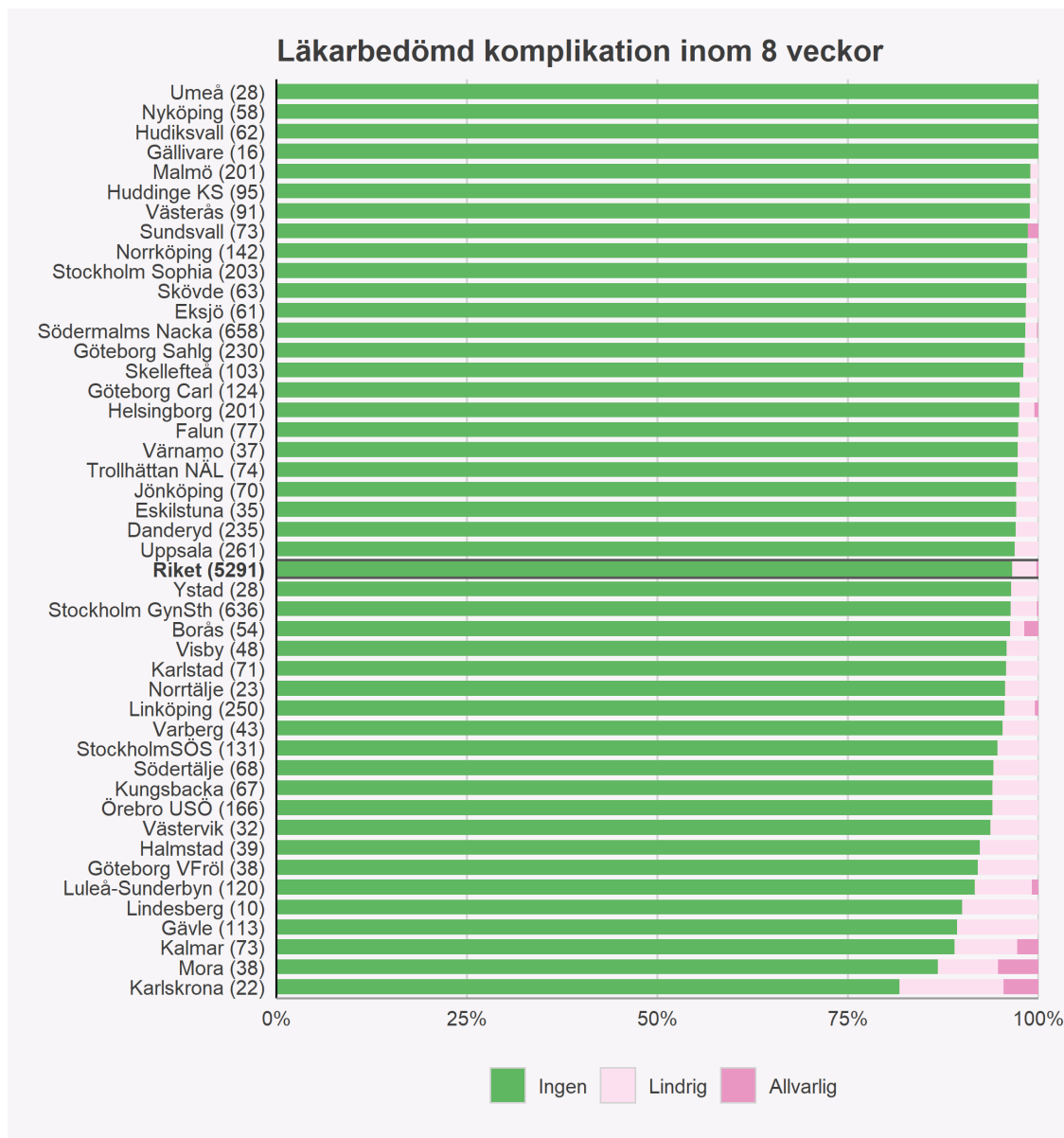
Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 9. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	65	0,86%
Annan komplikation	29	0,38%
Skärande perforation	5	0,07%
Blödning	2	0,03%

För 1,3% av patienterna var någon typ av peroperativ komplikation registrerad. Ingen av patienterna hade fler än en peroperativ komplikation registrerad.

Det är något färre peroperativa komplikationer i år jämfört med föregående år, 1,3% jämfört med 1,8%. Vanligaste peroperativa komplikationen är trubbig perforation, som oftast sker vid dilatation av cervix med hegarstift, men ibland av instrumentet.



Figur 25. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

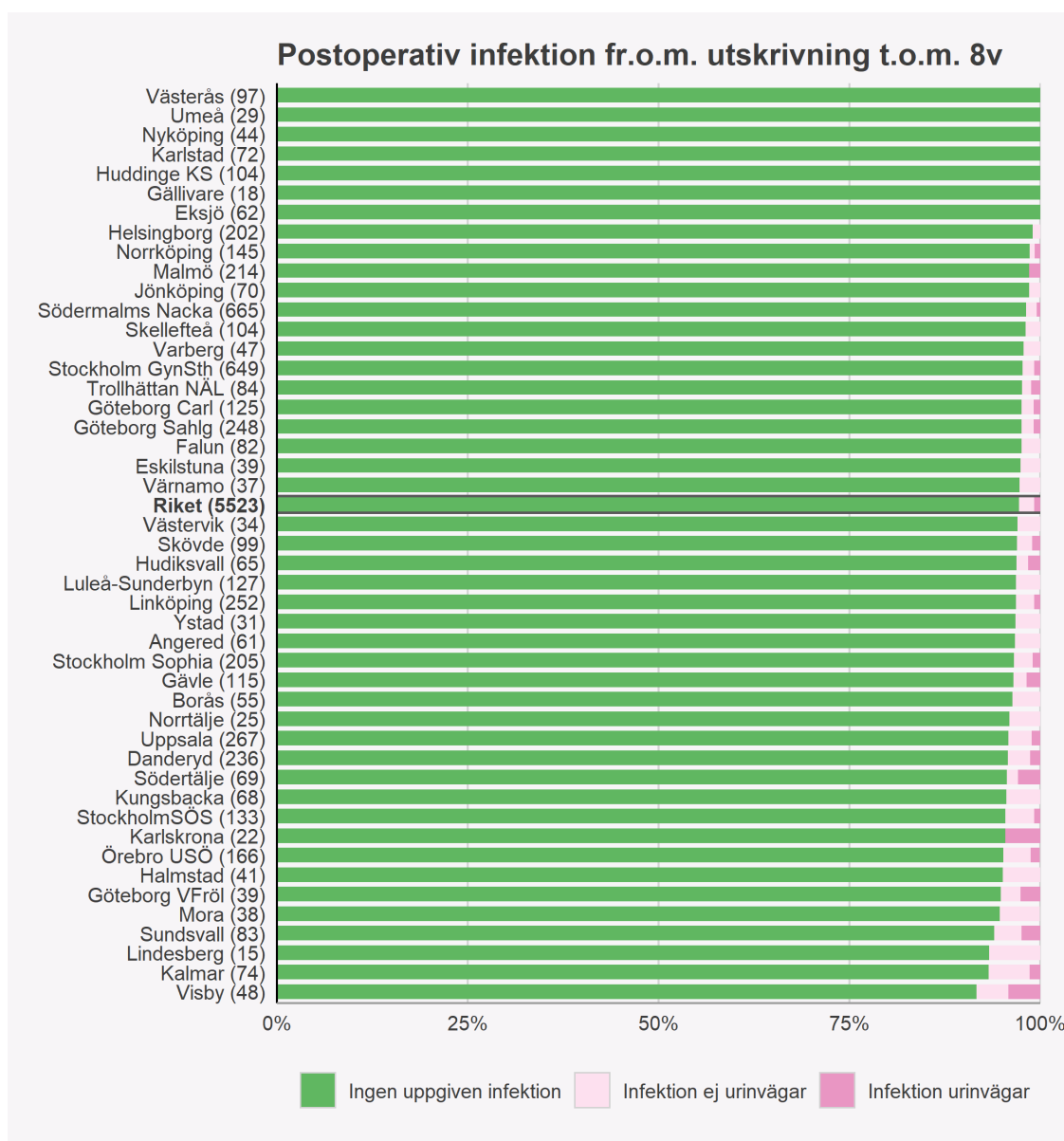
Få allvarliga komplikationer uppstår vid intrauterin kirurgi. Nedan listas de som betraktas som allvarliga och som är läkarrapporterade.

Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Tabell 10. Allvarliga komplikationer

Komplikation 1	Komplikation 2
Allvarlig postoperativ sepsis (3 patienter)	
Allvarlig ej specificerad feber/sepsis (3 patienter)	
Allvarlig postoperativ feber (2 patienter)	
Allvarlig postoperativ feber (1 patient)	Allvarlig annan ej specificerad infektion
Allvarlig ej specificerad vaginalblödning (1 patient)	
Allvarlig postoperativ vaginalblödning (1 patient)	
Allvarlig annan ej specificerad infektion (1 patient)	

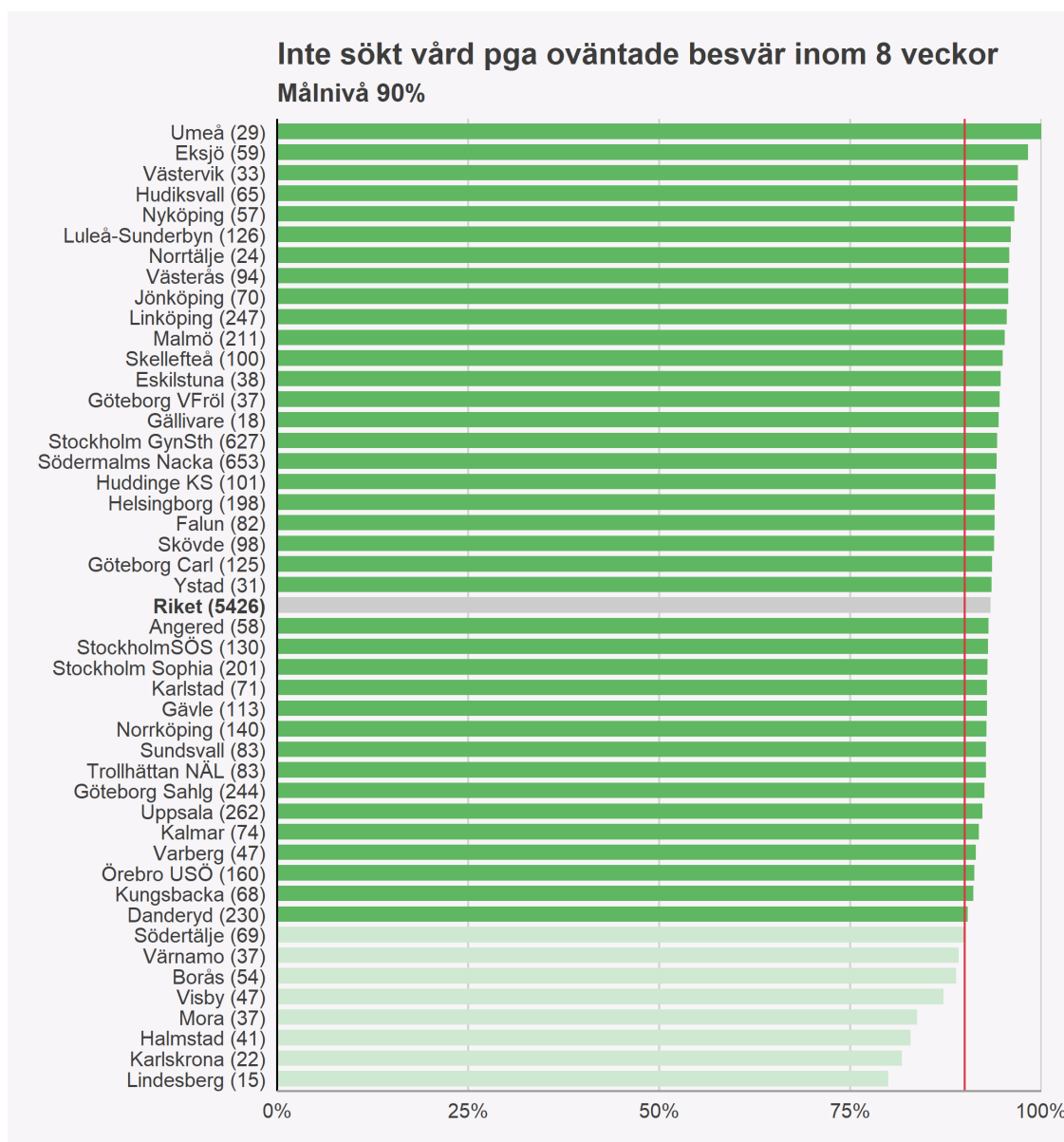
För 12 patienter hade det bedömts att det inträffat en allvarlig postoperativ komplikation. För en patient var det angivet två olika komplikationer.



Figur 26. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning till och med 8 veckor.

Postoperativ infektion till och med 8 veckor ligger lågt och det ges inte antibiotika profylaktiskt vid intrauterin kirurgi och denna bild visar ju att det definitivt inte behövs. För vissa individer

kan det självklart vara indicerat med profylax och då rekommenderas samma läkemedel som används som profylax vid bäckenbottenkirurgi eller hysterektomi.



Figur 27. Inte sökt vård på grund av oväntade besvär inom 8 veckor.

Alla delregister har kvalitetsindikatorer med tillhörande målvärden och för intrauterin kirurgi är det samma som föregående år, att patienten inte behövt söka vård för oväntade besvär åtta veckor efter operation. Målnivån är satt till 90% och det uppnår majoriteten av opererande enheter, några få ligger lite lägre men alla enheter ligger väl över 75%.

Myom

I det här avsnittet ingår patienter som har gjort myomexstirpation och/eller myomreduktion.

Tabell 11.Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation

Komplikation 8v	Antal
Lindrig postoperativ vaginalblödning	7
Lindrig postoperativ feber	7
Lindrig ej specificerad postoperativ smärta	4
Lindrig onormal postoperativ smärta	4
Lindrig ej specificerad vaginalblödning	3
Lindrig ej specificerad allmän komplikation	3
Lindrig ej specificerad feber	2
Allvarlig postoperativ feber	2
Lindrig postoperativ nedre urinvägsinfektion	2
Lindrig ej specificerad vaginal infektion	2
Lindrigt ej specificerat urinläckage	2
Lindrig ej specificerad blödning/hematom	1
Lindrig annan ej specificerad feber	1
Lindrig annan ej specificerad vaginal infektion	1
Lindrig ej specificerad bukvägsinfektion	1
Lindrig annan ej specificerad infektion	1
Lindrig ej specificerad smärta	1
Lindrigt allergiskt eksem	1
Lindrig annan ej specificerad allmän komplikation	1

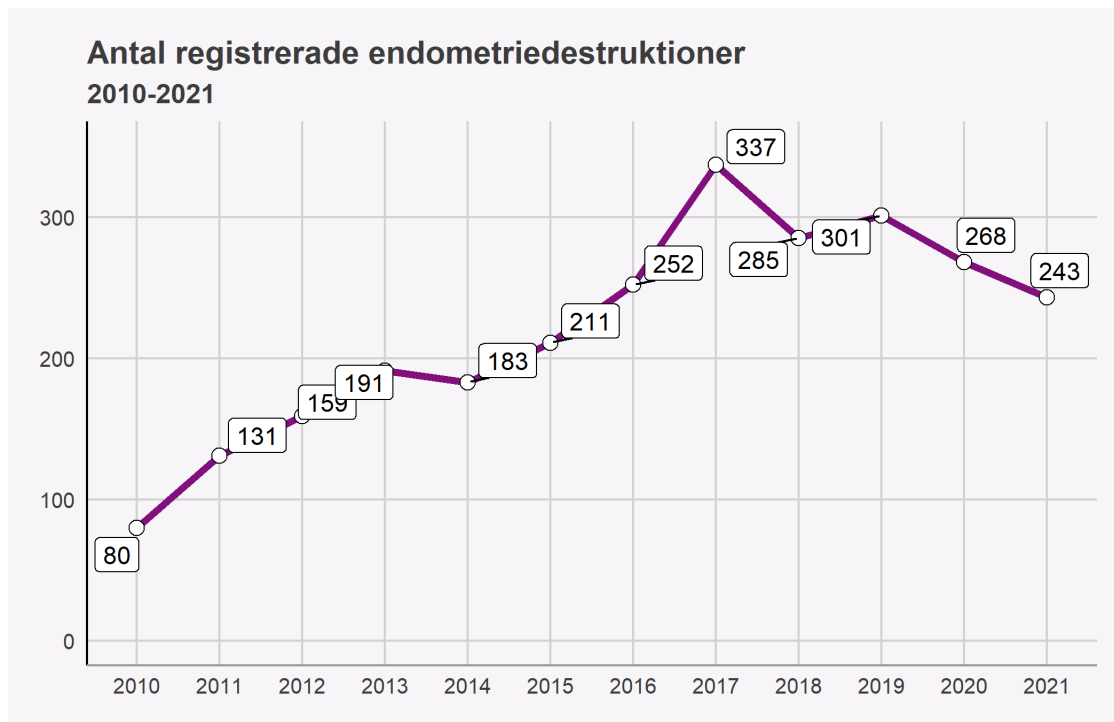
Tabell 12.Myomstorlek (från operationsformuläret) och peroperativ komplikation

Myomstorlek	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Myom <2 cm	Ja	5	451	1,1%
	Nej	446	451	98,9%
Myom 2 cm eller mer	Ja	9	712	1,3%
	Nej	703	712	98,7%

I föregående årsrapport granskades intrauterin kirurgi på grund av myom. Det kan vara av intresse att visa komplikationer vid myomoperationer även i år. Det har faktiskt minskat lite till strax över 1% komplikationer jämfört med strax över 2% år 2020. Det är inte någon större skillnad baserat på myomstorlek.

Endometriedestruktion

Antal utförda operationer



Figur 28. Antal registrerade endometriedestruktioner

I år granskar vi endometriedestruktion/-ablation.

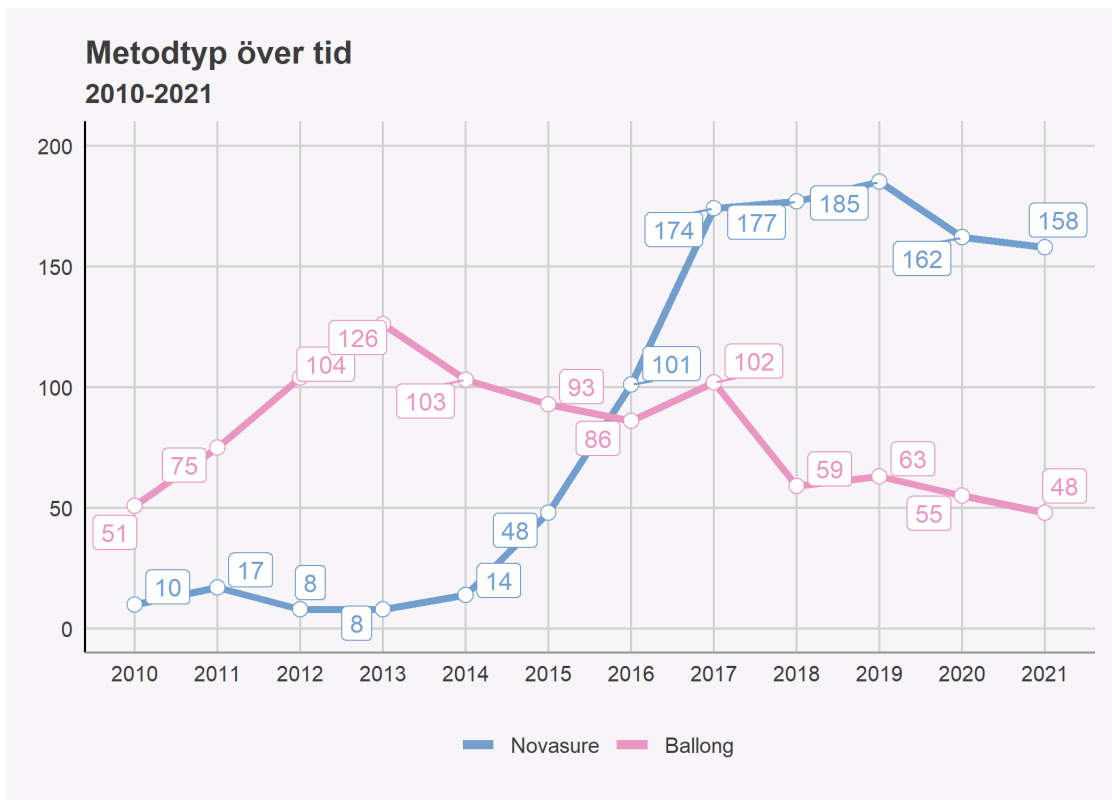
Antalet registrerade ingrepp ökade stadigt från år 2010 fram till år 2017. Därefter sker en minskning i antalet år från år. Förklaringen till det kan vara att från år 2015 och framåt ökar antalet minimalinvasiva hysterektomier och 2020 görs 63% av alla hysterektomier minimalinvasivt. Då indikationen för endometriedestruktion är riklig menstruation så kan det vara så att det minskade antalet endometriedestruktioner är på grund av att en hysterektomi inte längre blir ett så stort ingrepp och att fler väljer detta för en definitiv åtgärd av rikliga menstruationer.

Då endometriedestruktion fortsatt har många fördelar, att det kan göras som mottagningsoperation, att det inte behövs någon sjukskrivning och att en betydande del av patienterna är nöjda med blödningsreduktionen de får av ingreppet, så kommer det sannolikt finnas kvar som behandlingsalternativ av riklig menstruation.

Metod

Indelning i två grupper för att finna operationsmetod:

- *Novasure*. De som kryssat i "Ballong (LCA16)" eller "Annan" och fyllt i Novasure i någon av de tillhörande fritextfälten.
- *Ballong*. De som kryssat i "Ballong (LCA16)" och inte fyllt i Novasure i det tillhörande fritextfältet.

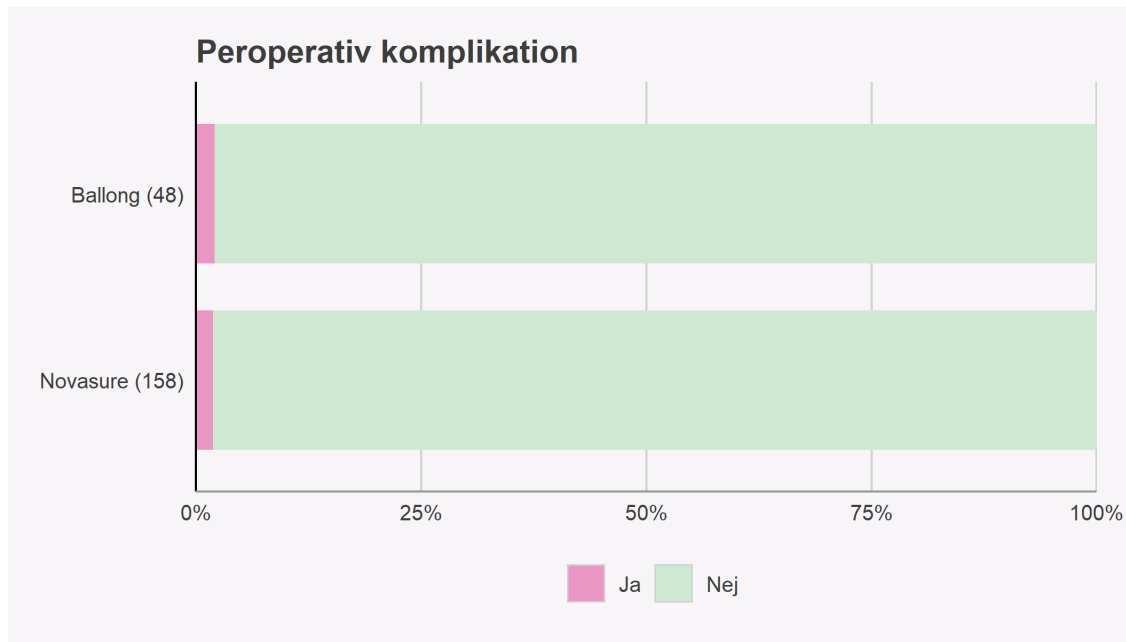


Figur 29. Metodtyp över tid

Ballongmetod har under många år varit den vanligaste metoden för endometriedestruktion. Från år 2015–2016 ökade antalet användare av Novasuremetoden och det är nu den vanligaste metoden. Ballongmetod består av instrument med en ballong innehållande vätska som hettas upp och värmebehandlar slemhinnan. Novasure är ett solfjäderformat nätinstrument som genom bipolär diatermi destruerar slemhinnan.

Så som registreringen nu ser ut så är det inte möjligt att skilja på metoderna på ett enkelt sätt och den som registrerar får själv skriva Novasure som en fritext, men som nämnts tidigare kommer ju detta att separeras i nya operationsmallen.

Komplikationer



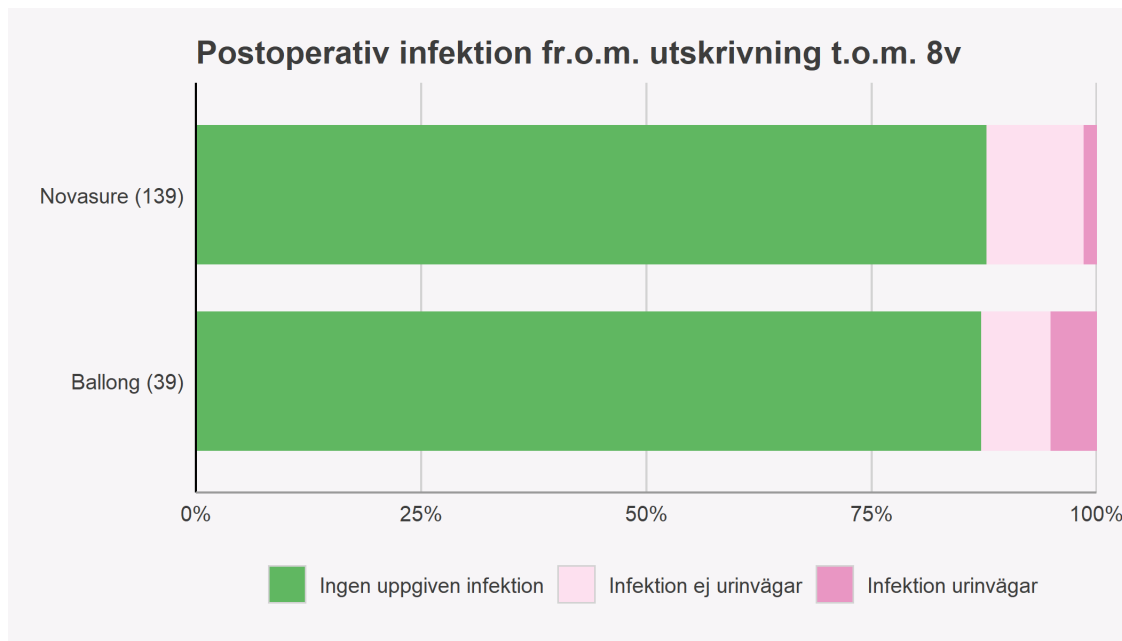
Figur 30. Peroperativ komplikation

Tabell 13. Peroperativ komplikation

Metodtyp	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Novasure	Ja	3	158	1,9%
	Nej	155	158	98,1%
Ballong	Ja	1	48	2,1%
	Nej	47	48	97,9%

Komplikationsrisken peroperativt är låg, omkring 2% enbart. Det ses ingen skillnad vid jämförelse av Novasure och ballong. Allvarliga komplikationer förekommer i mycket låg frekvens, det förekommer skador på omgivande organ genom värmespridning men det är som sagt var extremt sällsynta.

Infektion



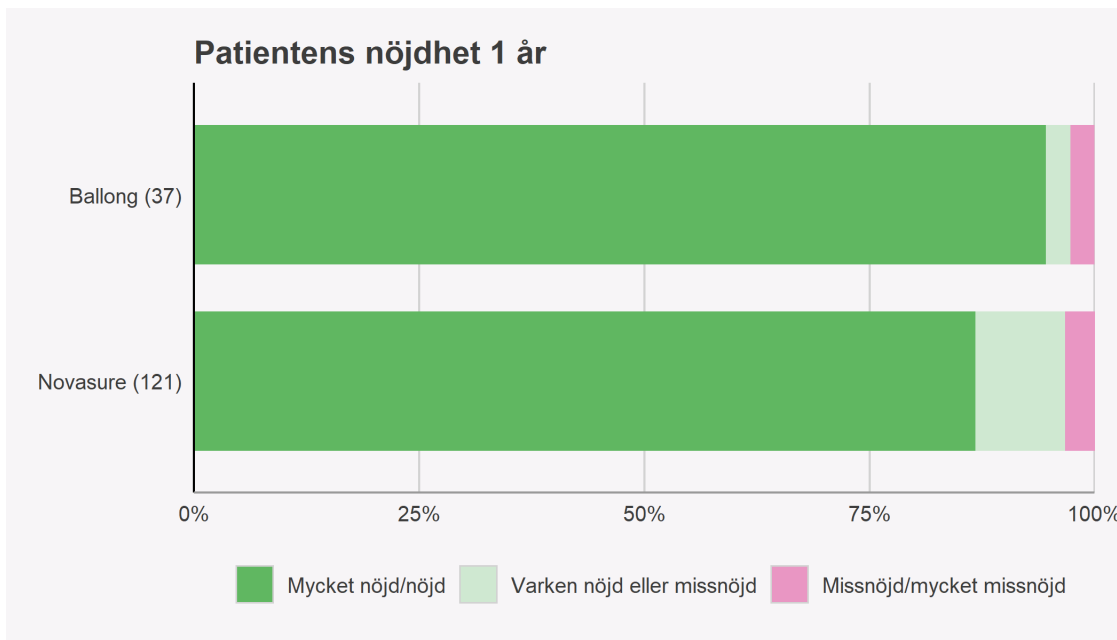
Figur 31. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8v

Postoperativt upp till 8 veckor efter operation så når riket inte helt målvärdet på 90% för att patienten ej har behövt söka vård för oväntade besvär.

Tabell 14. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8v

Metodtyp	Infektion	Antal	Total	Andel
Novasure	Ingen uppgiven infektion	122	139	87,8%
	Infektion ej urinvägar	15	139	10,8%
	Infektion urinvägar	2	139	1,4%
Ballong	Ingen uppgiven infektion	34	39	87,2%
	Infektion ej urinvägar	3	39	7,7%
	Infektion urinvägar	2	39	5,1%

Det förekommer lite fler infektioner vid dessa ingrepp, men fortsatt har 87,8% för Novasure och 87,2% vid ballongmetod uppgivit att de inte haft någon infektion. Det finns ingen generell rekommendation för antibiotikaprofylax för detta ingrepp utan det får ges om det finns andra särskilda skäl hos patienter till profylax.



Figur 32. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 17. Patientens nöjdhet 1 år

Metodtyp	Nöjdhet	Antal	Total	Andel
Novasure	Mycket nöjd/nöjd	105	121	86,8%
	Varken nöjd eller missnöjd	12	121	9,9%
	Missnöjd/mycket missnöjd	4	121	3,3%
Ballong	Mycket nöjd/nöjd	35	37	94,6%
	Varken nöjd eller missnöjd	1	37	2,7%
	Missnöjd/mycket missnöjd	1	37	2,7%

Novasure är den vanligaste metoden i Sverige. Nöjdhet efter ett år presenteras här för de patienter som opererades år 2020. För Novasure är 86,8% nöjda, för ballongmetod uppges en nöjdhet på 94,6%. Det finns därmed goda skäl att fortsätta använda dessa operationsmetoder mot riklig menstruation även om allt fler hysterektomier görs minimalinvasivt. För patienternas valmöjlighet och för doktors rekommendationer så är det ju bara bra att vi har flera bra metoder att hjälpa patienterna.

Sammanfattning

Arbetet från min sida kommer att fortsätta med att jobba för att få upp nivån på täckningsgrad på delregistret. Ni som användare behövs ju för att hjälpa till med det såklart, med att registrera varje ingrepp som görs, oavsett om det görs som mottagningsoperation eller på operationsavdelning. Inget intrauterint operativt ingrepp är för litet, alla är intressanta att få statistik på (med undantag av ren diagnostisk hysteroskopi och abrasio).

Att göra intervjuer var väldigt givande, jag kommer tillsammans med GynOps kansli fortsätta på det spåret med att få direktkontakt med fler kliniker och så snart det nya operationsformuläret är i drift ser jag fram emot att återigen ha ett användarmöte för att visa allt nytt.

Det finns inte lika mycket pågående forskning på intrauterin kirurgi som inom de andra delregistren, men det finns en del studier som pågår och jag tror att det går att hitta mycket intressant i registret att fördjupa sig i, för ST-arbete eller forskning.

Arbete har påbörjats i BENK-ARG med att ta fram råd för intrauterin kirurgi och som delregisteransvarig i GynOp kommer jag att delta i arbetsgruppen. Vi kan därmed synkronisera arbetet med nya operationsformuläret, indikationer och så vidare med litteraturgenomgång av aktuella rekommendationer kring intrauterin kirurgi. Jag ser personligen mycket fram emot att det kommer råd för intrauterin kirurgi. Senast det gjordes en ARG-rapport om intrauterin kirurgi var år 2010, så det är på tiden med nya rön.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abrasio	Skrapning av livmoderns insida
Adenomatös	Körtelliknande
Adenomyos	En särskild form av endometrios med inväxt av livmoderslemhinna i livmodermuskeln.
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
ASA-klass	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.
Atypi	Avvikelse från det normala
BENK-ARG	Arbetsgrupp inom SFOG för benign gynekologisk kirurgi,.
Bäckenbottenkirurgi	Operation av framfall eller förlossningsskador
Corpus	Livmoderkroppen
Demografi	Vetenskapen om en befolknings fördelning, storlek och sammansättning, t ex ålder, kön, vikt och längd.
Dilatation	Utvidgning
EDA	Epidural anestesi, ryggmärgsbedövning
Endometrios	Växt av livmoderslemhinna utanför livmodern, vanligen på äggstockar, eller i bukhinna, blåsa och tarm.
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Endorette	Används vid provtagning i livmodern
Hyperplasi	Ökat antal celler i livmoderslemhinnan
Hysteroskopi	Undersökning av livmoderhålan med hjälp av ett instrument som kallas hysteroskop. Instrumentet ser ut ungefär som ett rör och förs in i livmodern via livmoderhalsen.
Indikation	Orsak till behandling eller operation
Intrakavitär	I hålrummet (i livmodern)
Intrauterin	Inuti livmodern
Malignitet	Cancer
Morcellator	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid titthålskirurgi.
Myom	Muskelknuta på livmoderns in- eller utsida.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Per- eller peri	Under/i samband med till exempel peroperativt = något som görs eller sker under operationen.
Perforation	Genomträngning, punktering

Pipelle	Används vid provtagning i livmodern
Polyp	Utväxt, oftast från en slemhinna, som i regel är godartad
Polypexstirpation	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Post-	Efter. Till exempel postoperativ = något som görs eller händer efter operation. Postmenopausal = efter att menstruationerna har upphört (på grund av ålder).
Preoperativ	Före operationen
Profylaktisk/profylax	Förebyggande
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
Sepsis	Blodförgiftning
Septum	Mellanvägg
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.
SPRM	Selektiv progesteron receptor modulator, som finns i läkemedlet Esmya.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till gynekologisk specialist.