

Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2022

Författare:

Ida Bergman

Registeransvarig för delregistret för rekonstruktiv
bäckenbottenkirurgi

MD, PhD, Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Clara Nygren, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2023-05-12



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	1
Summering av datakvalitet.....	2
Utförda operationer	2
Dagkirurgiska ingrepp	6
Operationsmetoder och volym per kirurg	9
Demografi	12
Ålder	12
ASA-klass	13
Preoperativt prolapsstadium	13
Primär- kontra recidivoperationer	15
Resultat – alla prolapsoperationer	16
Globuskänsla ett år postoperativt.....	16
Nöjdhet ett år postoperativt	17
Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt.....	18
Patientinformation	19
Sjukskrivning.....	20
Främre plastik.....	22
Bakre plastik och perinealkroppsplastik.....	26
Apikal defekt.....	29
Vaginal nätkirurgi.....	32
Sekundär analsfinkterrekonstruktion.....	33
Komplikationer	34
Avslutande kommentarer.....	35
Ordlista	36
Referenser	38

Inledning

Nedan följer årsrapporten som innefattar rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. I årsrapporten ingår prolapsoperationer, perinealkroppsrekonstruktioner och sekundära analsfinkterrekonstruktioner. Totalt 136 kombinerade prolaps- och inkontinensoperationer gjordes under år 2022, dessa är exkluderade i denna rapport.

Läsaren bör som vanligt ha i åtanke att produktionsdata (till exempel antal operationer) och komplikationsdata inom 8 veckor avser patienter som opererats under det gångna kalenderåret (2022). Däremot redovisar ettårsresultaten hur det gått för de kvinnor vi opererat under kalenderåret 2021.

Vi ser att Sverige under år 2022 har ”opererat i kapp” en del av vårdskulden efter Covid-pandemin. Vi har under år 2022 utfört totalt 6876 rekonstruktiva bäckenbottenoperationer jämfört med referensåret 2019 då siffran låg på ca 6000 operationer i Sverige.

Valet av operationsmetod vid apikal prolaps är fortsatt ett omdiskuterat ämne. UR-ARG är så gott som klar med att sammanställa SFOG-råd kring ämnet. Vi fortsätter i denna rapport med att redovisa hur olika kliniker runtom i Sverige gör och hur trenden gällande de olika metodernas popularitet sett ut senaste 10 åren. Vi ser att cervixamputation fortsätter att öka i popularitet gällande val av operationsmetod vid apikal prolaps hos patienter med kvarvarande uterus. Hos kvinnor med vaginaltoppsprolaps ser vi att sakrokolpopexi blir en allt vanligare och mer tillgänglig operationsmetod i Sverige.

Vi vill påminna om GynOps nya interaktiva statistiksida som finns på hemsidan där data uppdateras en gång i månaden. Där kan klinikerna nästan i realtid följa sin produktion, täckningsgrad samt kvalitetsindikatorer.

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

Summering av datakvalitet

GynOp har tagit fram en interaktiv rapport, som finns på hemsidan <https://statistik.incanet.se/gynop/>. I den rapporten framgår varje delregisters täckningsgrad (antalet registrerade operationer i GynOp dividerat med det totala antalet registrerade operationer som återfinns i GynOp och/eller Patientregistret). Per klinik redovisas andelen ifyllda läkarformulär, andel utskickade enkäter samt svarsfrekvenser för enkäterna. Sammanfattningsvis är saknade uppgifter inte ett stort bekymmer vad gäller delregistret "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi".

Nedan listas riksgenomsnitt för några viktiga datakvalitetsaspekter:

- Svarsfrekvensen för den preoperativa enkäten är 94%
- Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten är 85%
- Svarsfrekvensen för 1-årsekäten 83%
- Av alla formulär som skall fyllas i av läkare (anamnes/status, operation, utskrivning) är 93% ifyllda (gäller när operationsformuläret är ifyllt). Av de ifyllda operationsformulären är nästintill 100% komplett ifyllda.

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

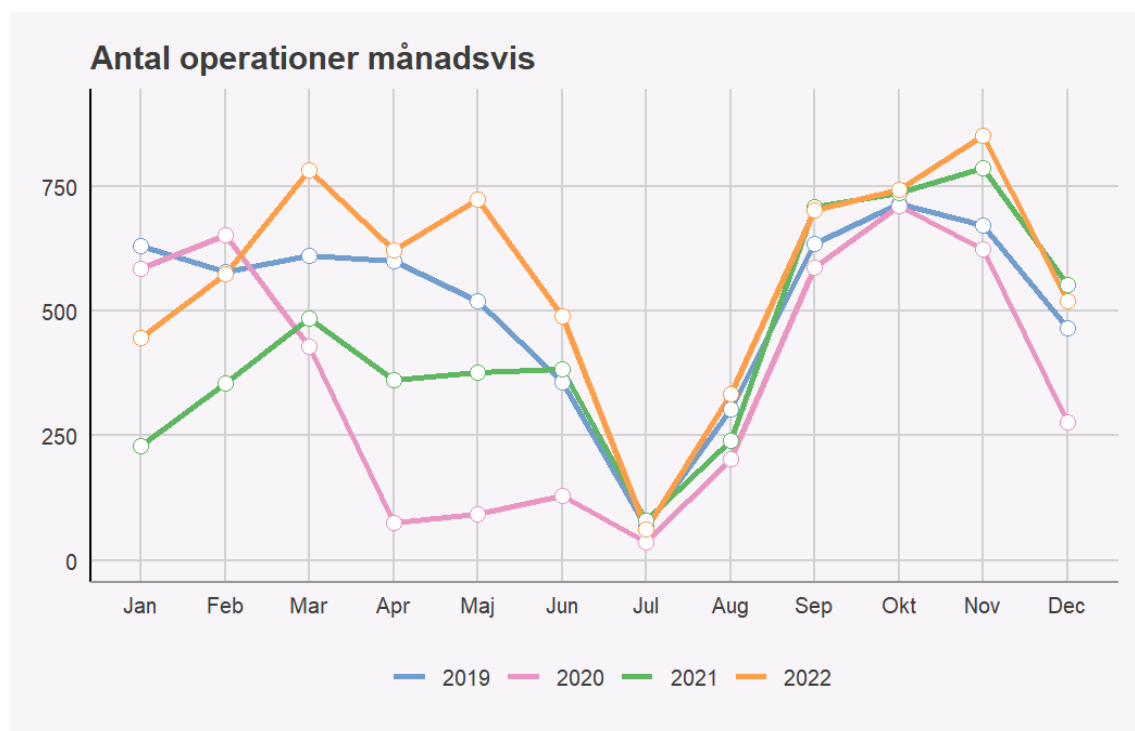
Utförda operationer

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

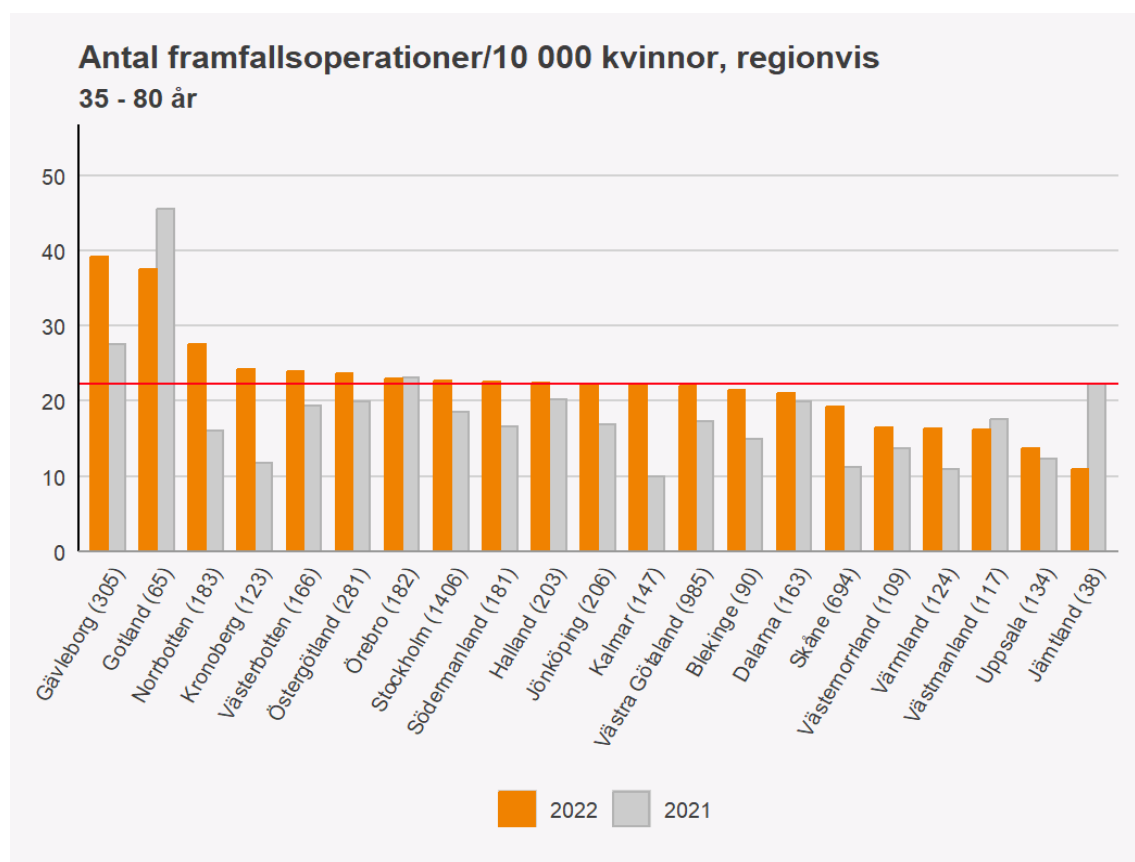
Tabell 1. Antal registrerade bäckenbottenoperationer under de senaste fem åren

År	Antal
2018	6014
2019	6187
2020	4431
2021	5326
2022	6902

I figuren nedan ser vi pandemins effekt på antalet operationer månadsvis för år 2019–2021 samt hur vi under år 2022 har återhämtat oss.

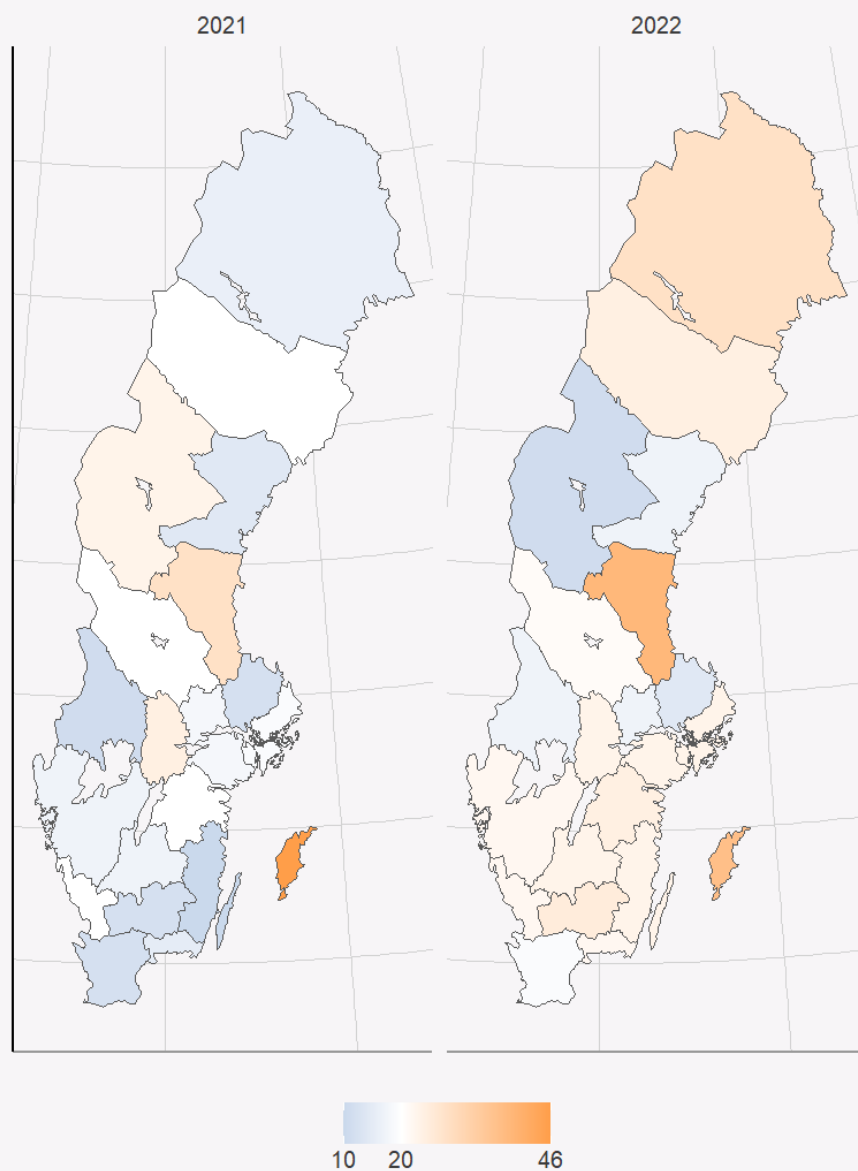


Figur 1. Antal operationer månadsvis.



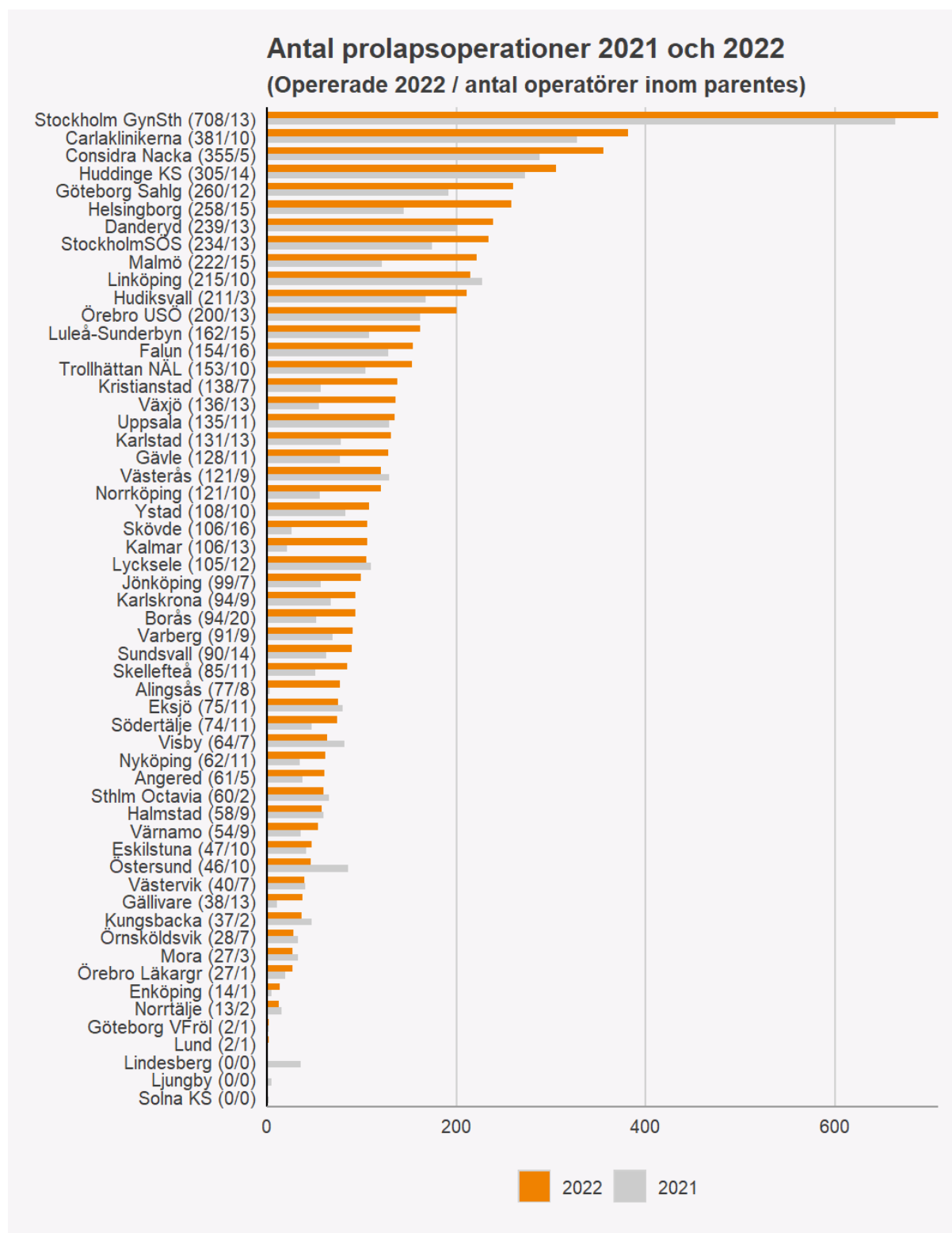
Figur 2. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor, länsvis (ålder 35–80 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021 och 2022. Inom parentes visas antalet opererade för år 2022 (Data är standardiserat mot ålder i 5-årsintervall).

**Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (35-80 år)
där patienterna är skrivna**



Figur 3. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (35–80 år) där patienterna är skrivna hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021 och 2022.

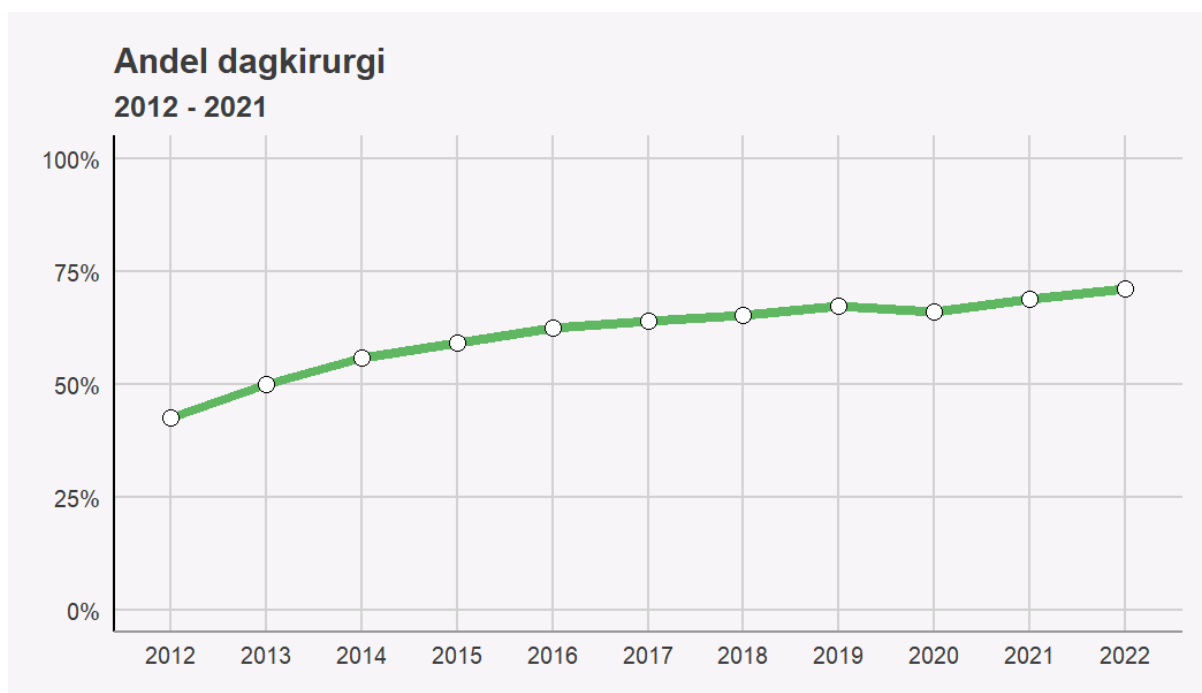
Figuren nedan illustrerar totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med år 2021.



Figur 4. Antal prolapsoperationer år 2021 och 2022.

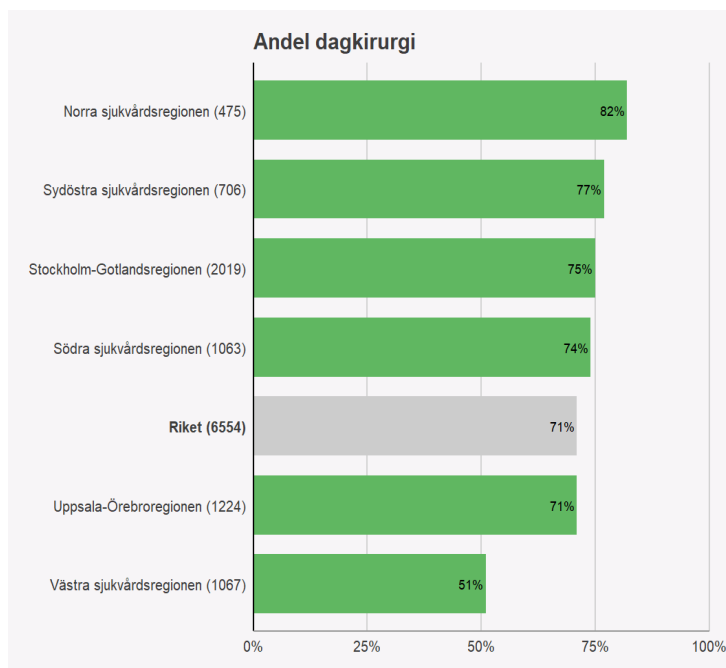
Dagkirurgiska ingrepp

Det verkar som att andelen bäckenbottenoperationer som görs i dagkirurgi fortsätter att bli alltmer vanligt. Trenden kryper sakta uppåt år för år.

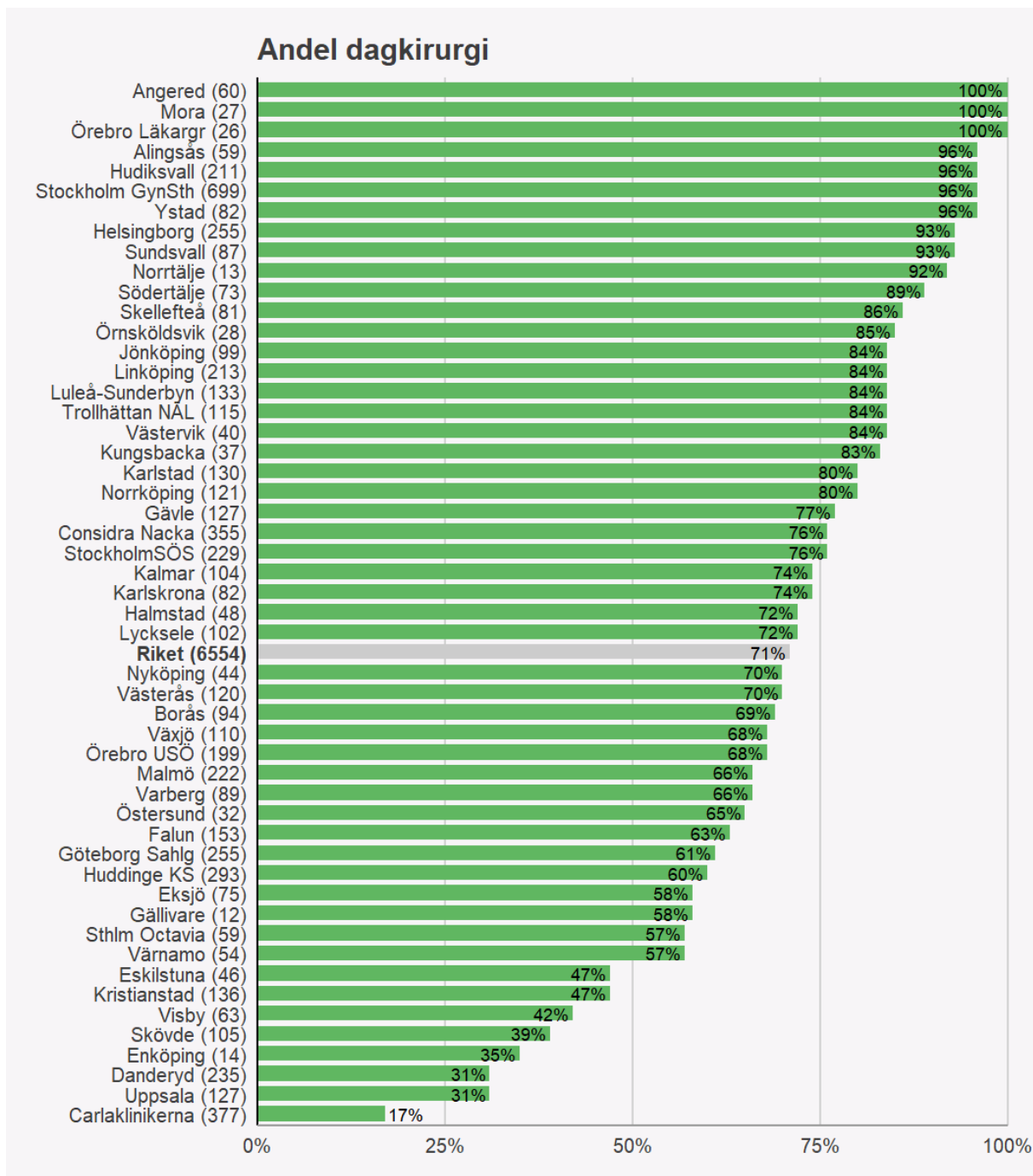


Figur 5. Andel dagkirurgi 2010 - 2022. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

Andelen dagkirurgi verkar var hyfsat lika i de olika sjukvårdsregionerna bortsett från Västra sjukvårdsregionen som ligger på bara 51%.

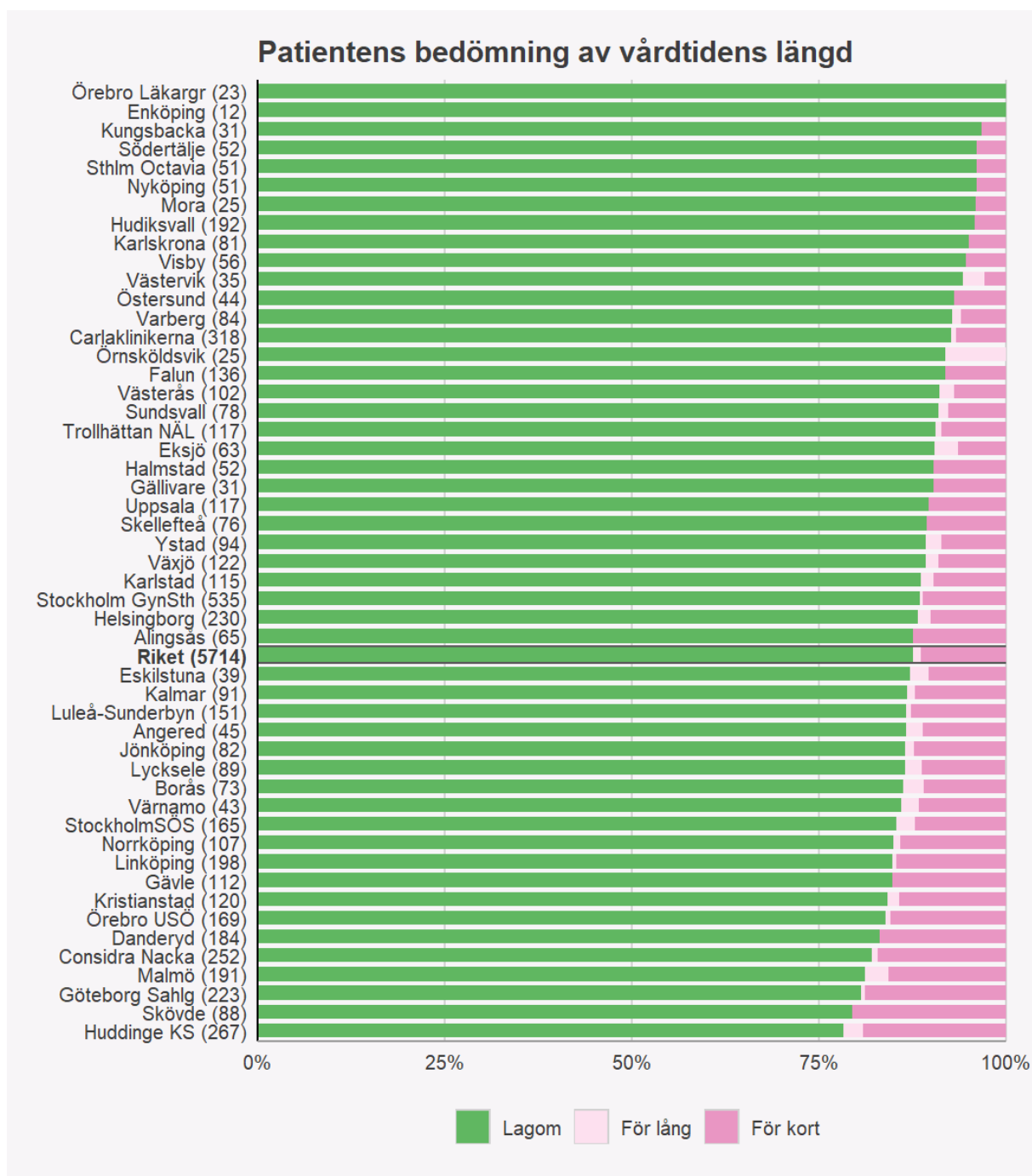


Figur 6. Andel dagkirurgi i de olika sjukvårdsregionerna.



Figur 7. Andel dagkirurgi per klinik. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

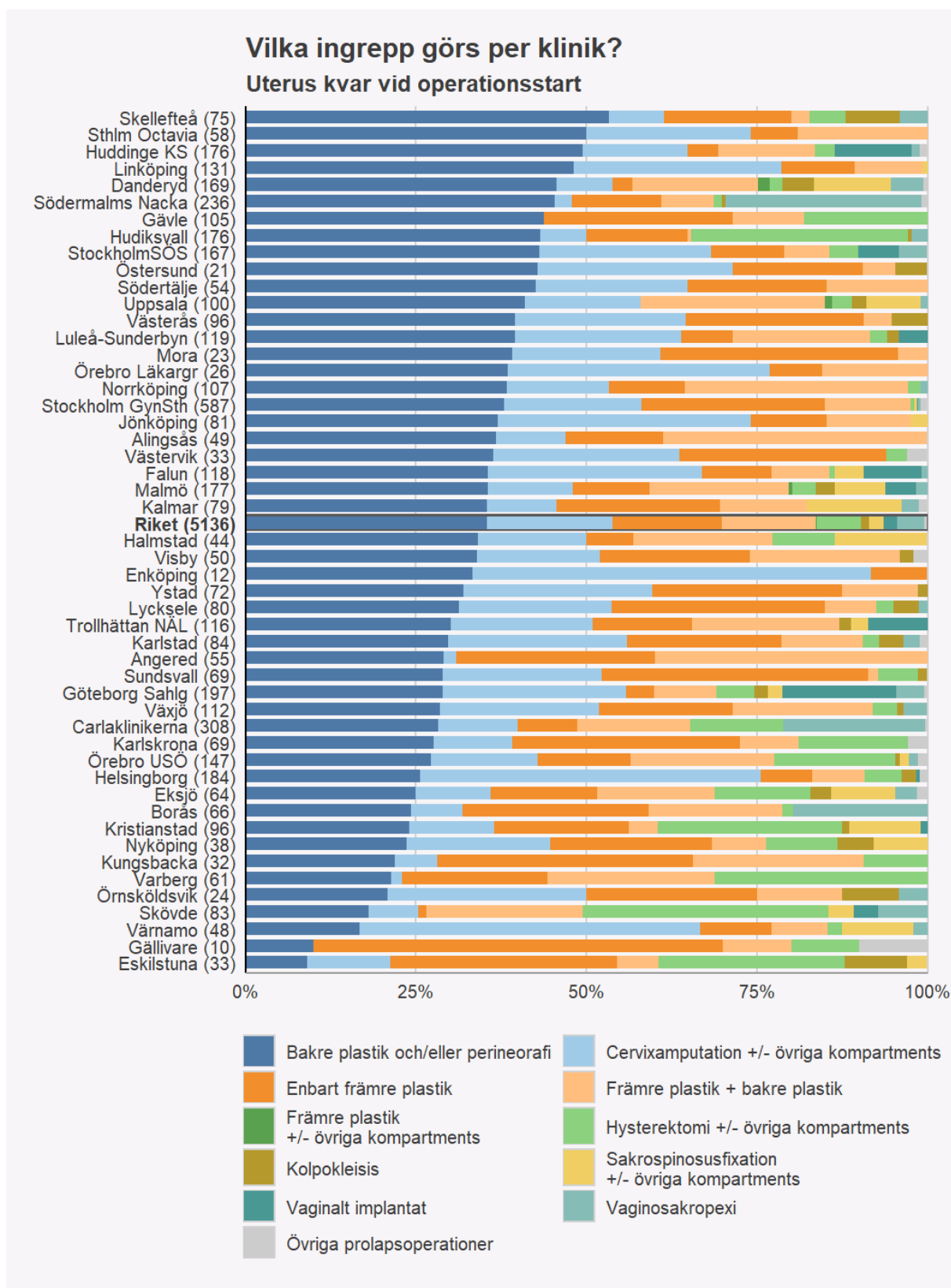
När vi jämför klinikerna avseende dagkirurgi ser vi att majoriteten opererar över 70% av sina bäckenbottenpatienter i dagkirurgi men vissa klinker har en avvikande policy. En del av förklaringen kan vara att patienterna har lång väg att åka men sannolikt finns det även andra förklaringar. En mycket intressant fråga är vad patienterna anser om sin vårdtid, vill de flesta komma hem till egen säng eller är de behjälpta av att ligga ett dygn på sjukhuset? Figuren 8 på nästa sida visar vad patienterna anser om sin vårdtid. Det framgår ingen tydlig korrelation mellan patienternas nöjdhet och vårdtidens längd.



Figur 8. Patientens bedömning av vårdtidens längd, patienter opererade år 2022.

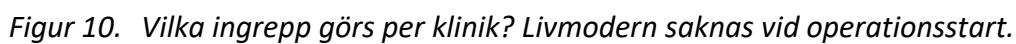
Operationsmetoder och volym per kirurg

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

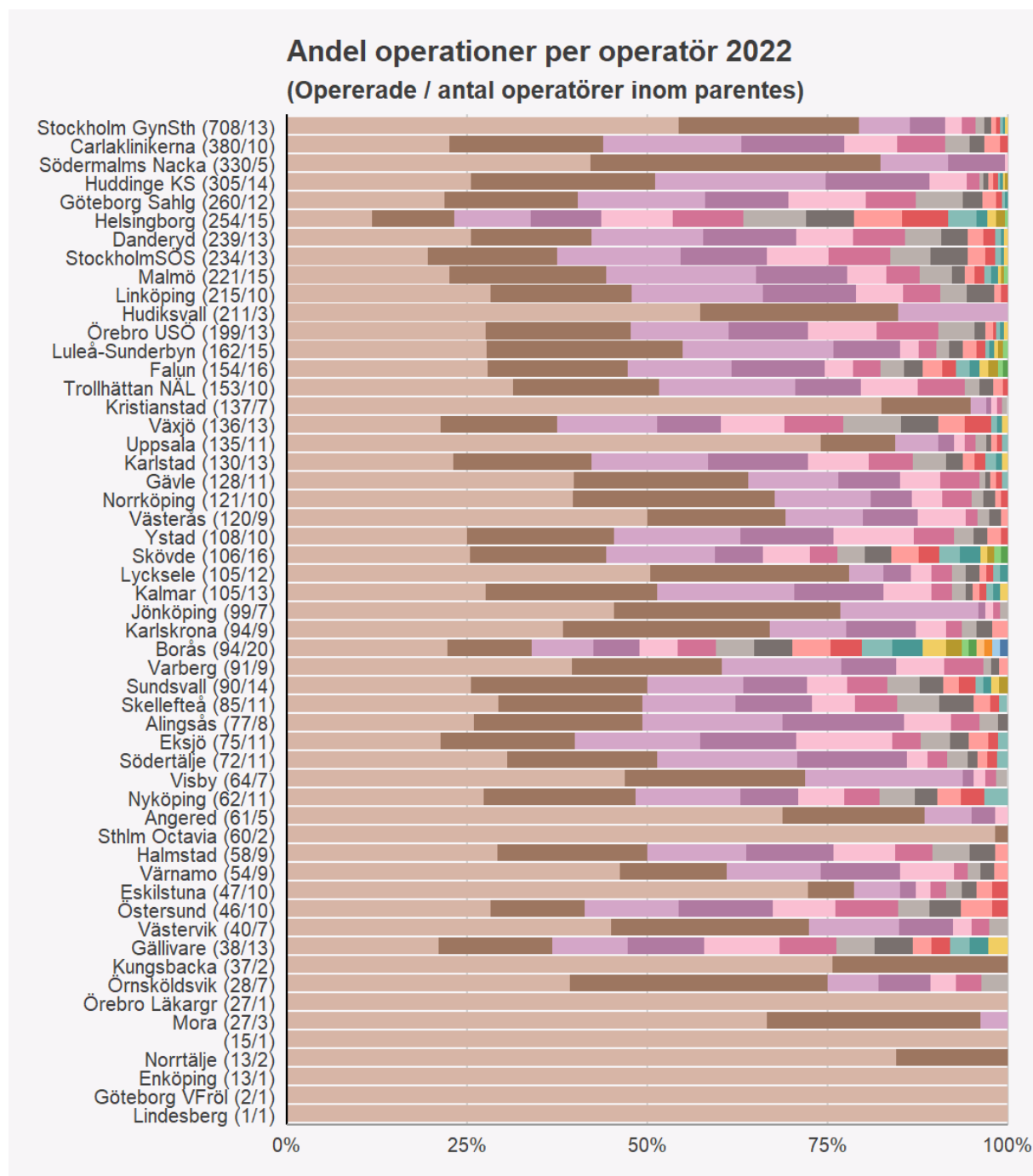


Figur 9. Vilka ingrepp görs per klinik? Livmodern kvar vid operationsstart.

Uterus saknas vid operationsstart



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



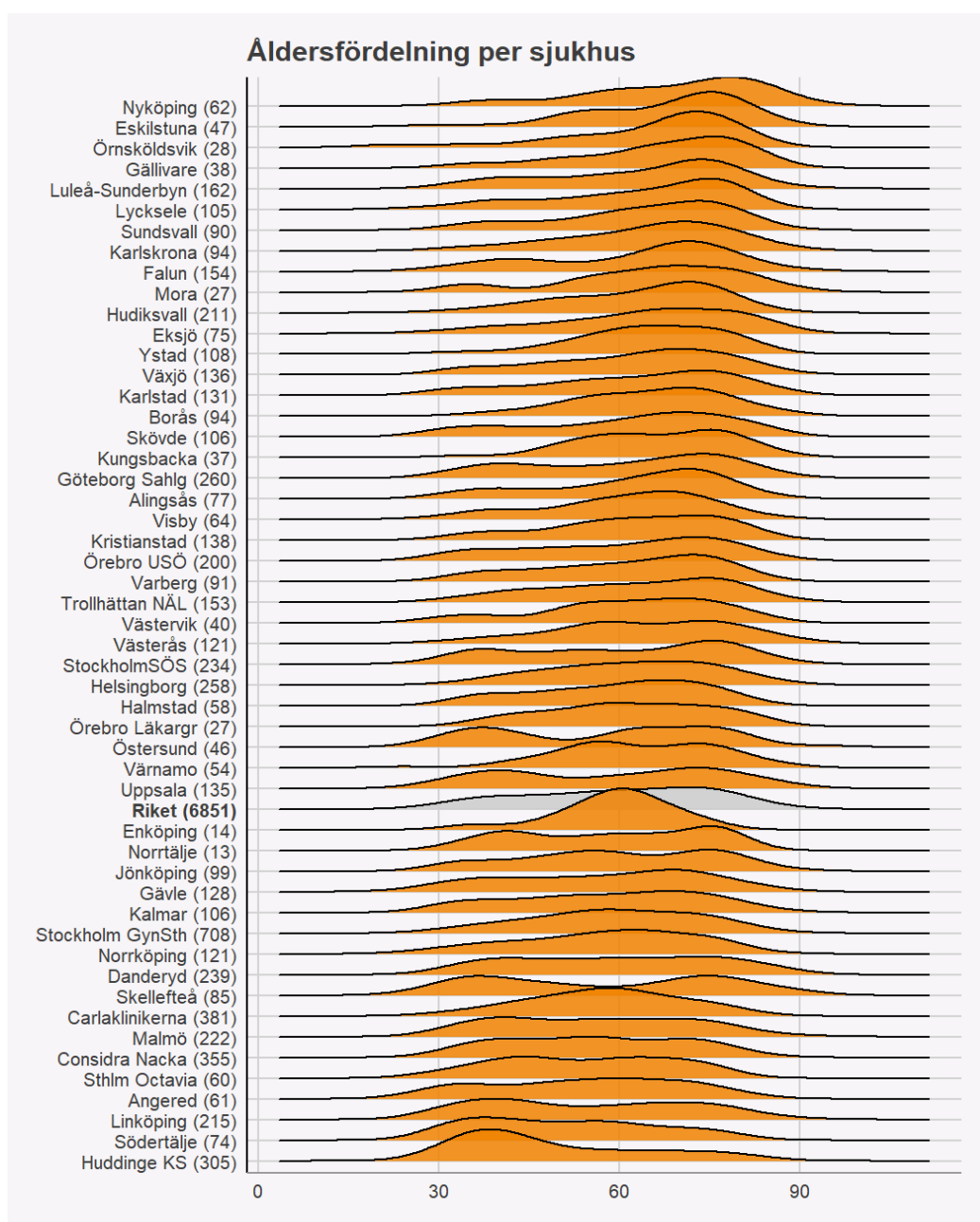
Figur 11. Andel operationer per operatör år 2021. Varje operatör representeras av en färg i kliniken stapel.

Demografi

I detta kapitel redovisas hur populationen på de olika klinikerna ser ut. Ålder, funktionsnivå, om det är primär- eller recidivoperation och preoperativt prolapsstadium kan spela roll för utfallet. Vi har tidigare presenterat BMI-fördelningen per kliniken men skillnaderna visade sig vara obetydliga varför vi i år valt att inte ha med den figuren.

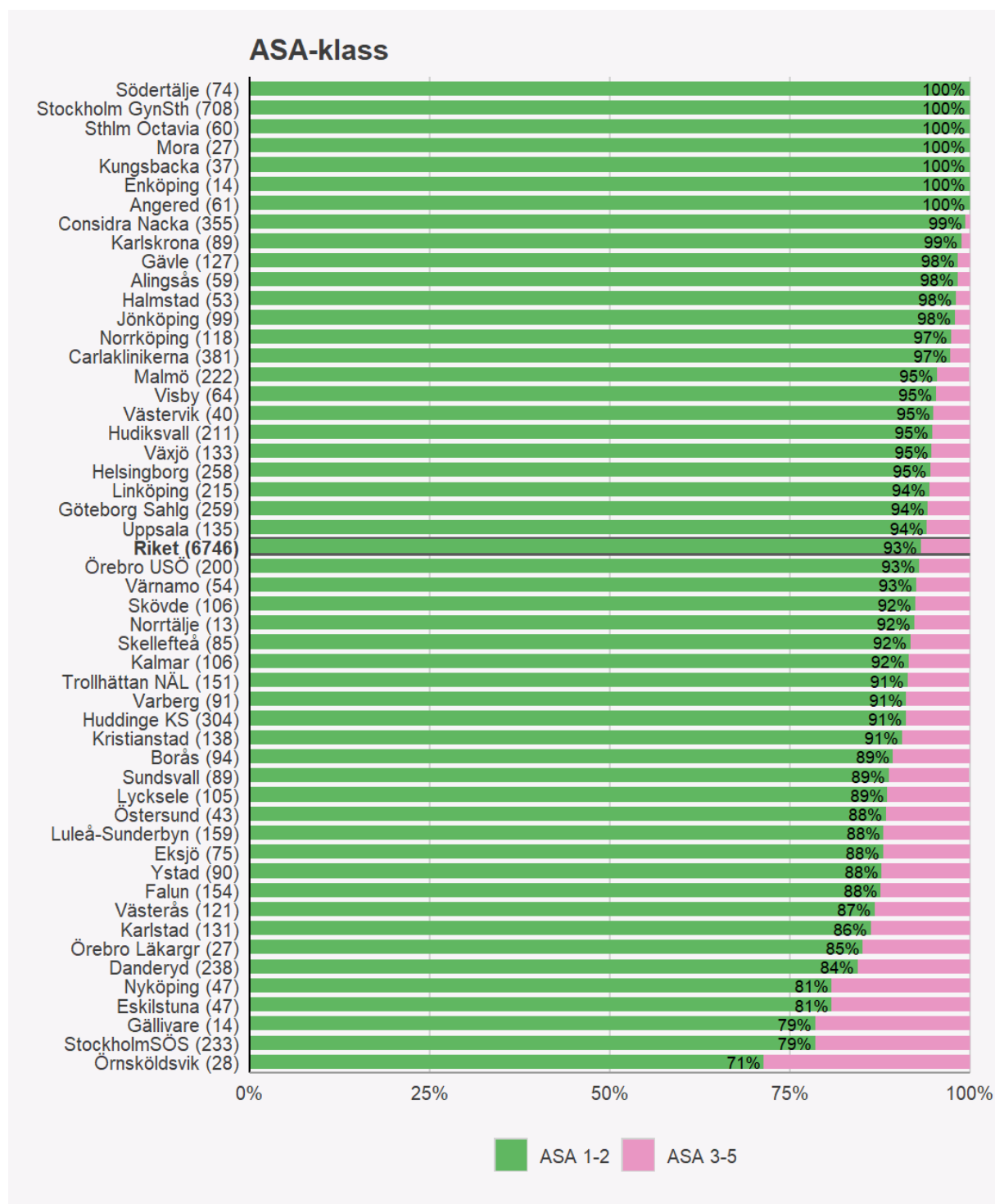
Ålder

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



Figur 12. Åldersfördelning per sjukhus

ASA-klass



Figur 13. ASA-klass

Preoperativt prolapsstadium

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

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

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

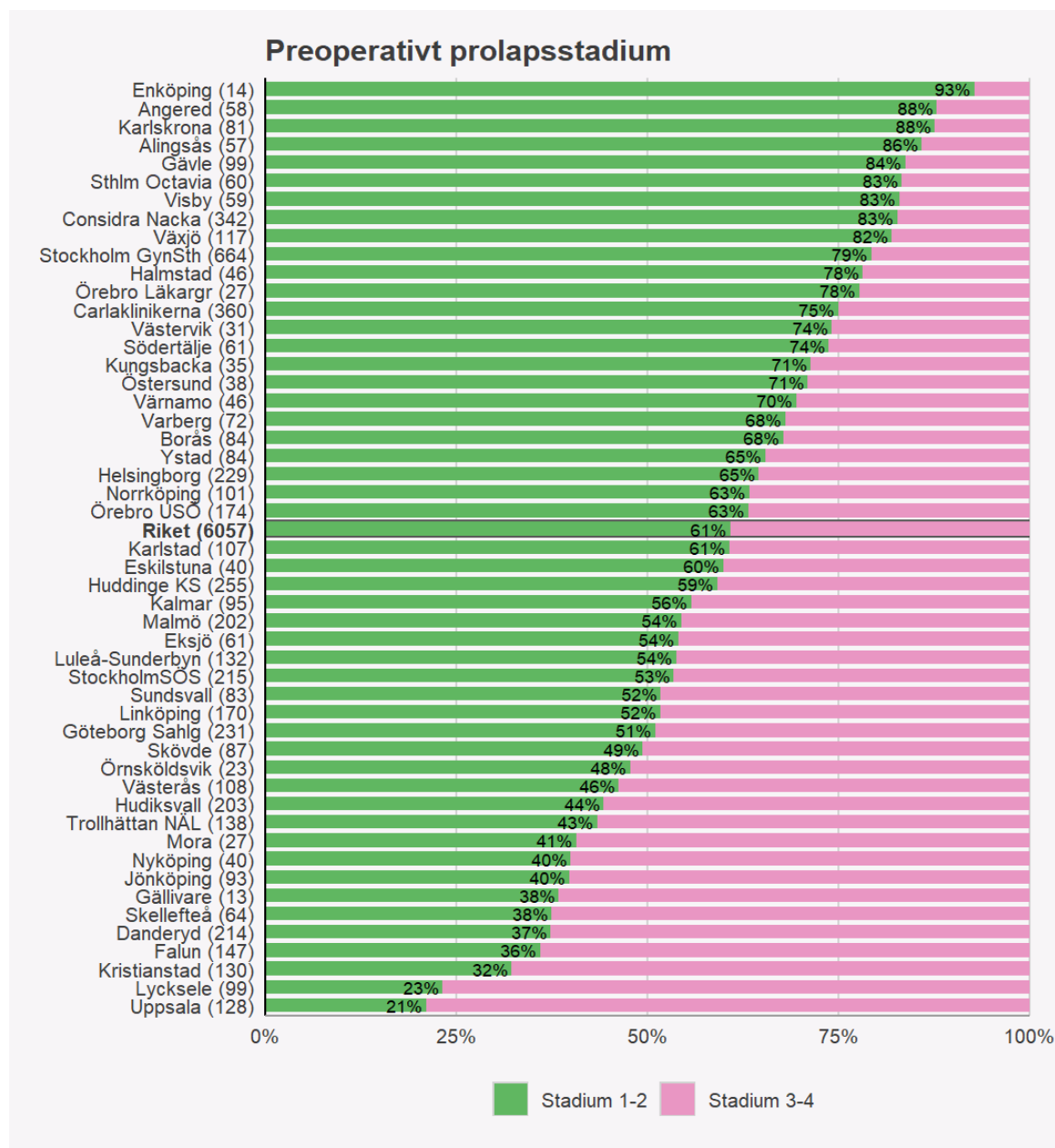
Stadium 3: mer än +1 till och med +4.

Stadium 4: +5 eller mer.

Vi har valt att klumpa ihop stadium I-II (mindre avancerad prolaps) samt stadium III-IV (avancerad prolaps).

Figuren visar att det finns skillnader mellan klinikerna i hur avancerade prolaps som opereras.

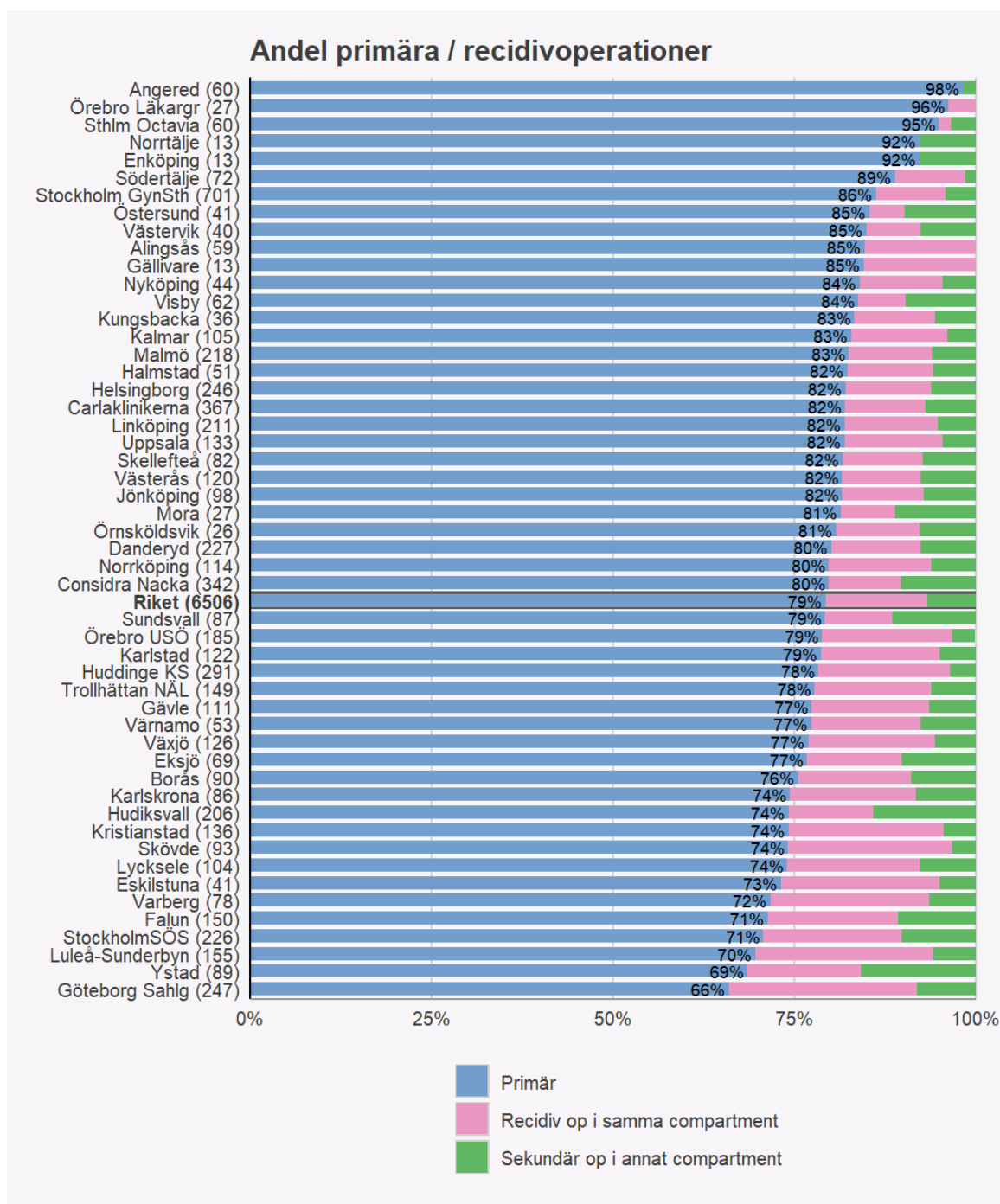
Preoperativt prolapsstadium är en betydande riskfaktor för recidiv. Ju mer avancerat stadium desto större är recidivrisken.^{1,2}



Figur 14. Preoperativt prolapsstadium

Primär- kontra recidivoperationer

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

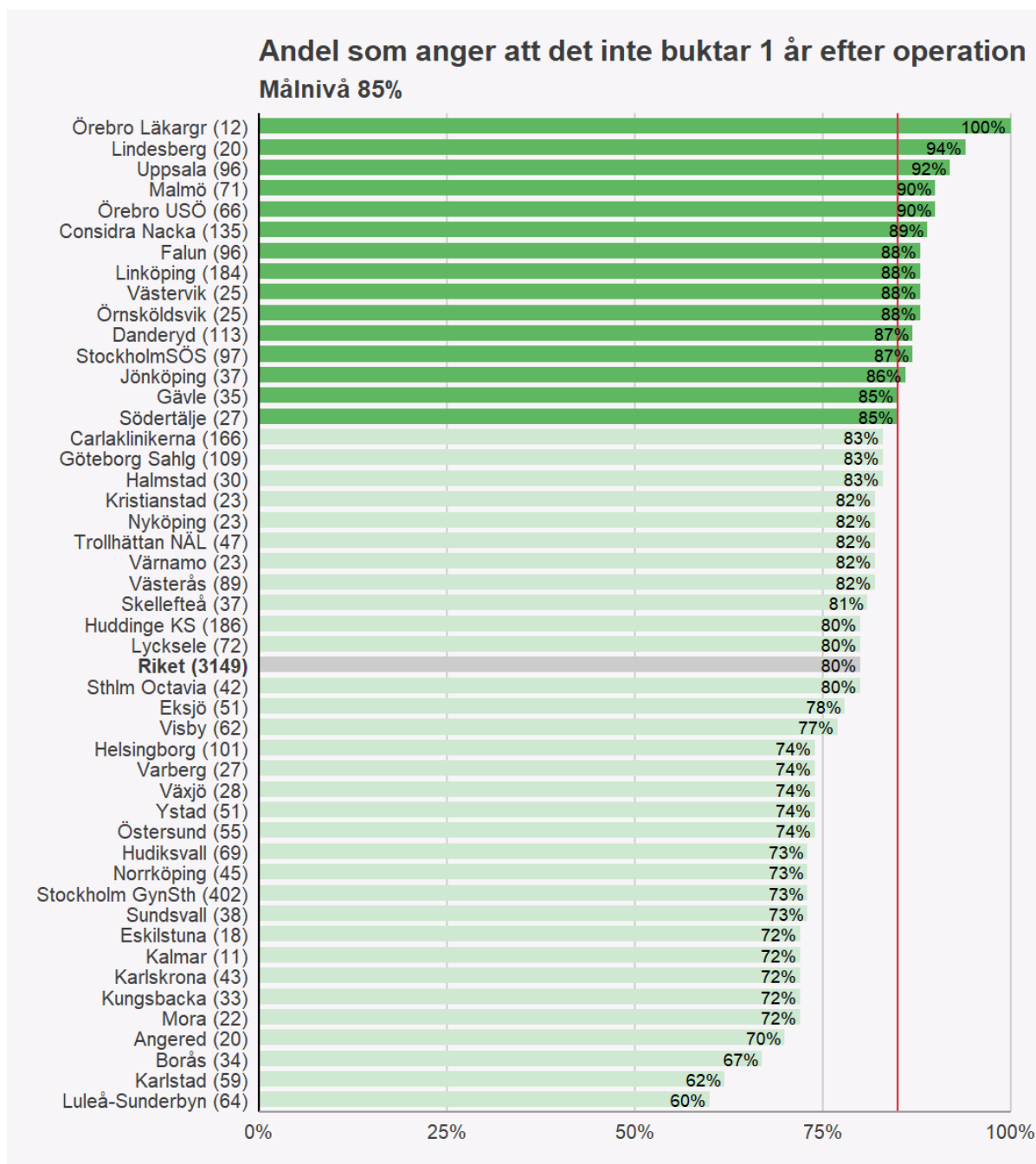


Figur 15. Andel primär-/recidivoperationer

Resultat – alla prolapsoperationer

Globuskänsla ett år postoperativt

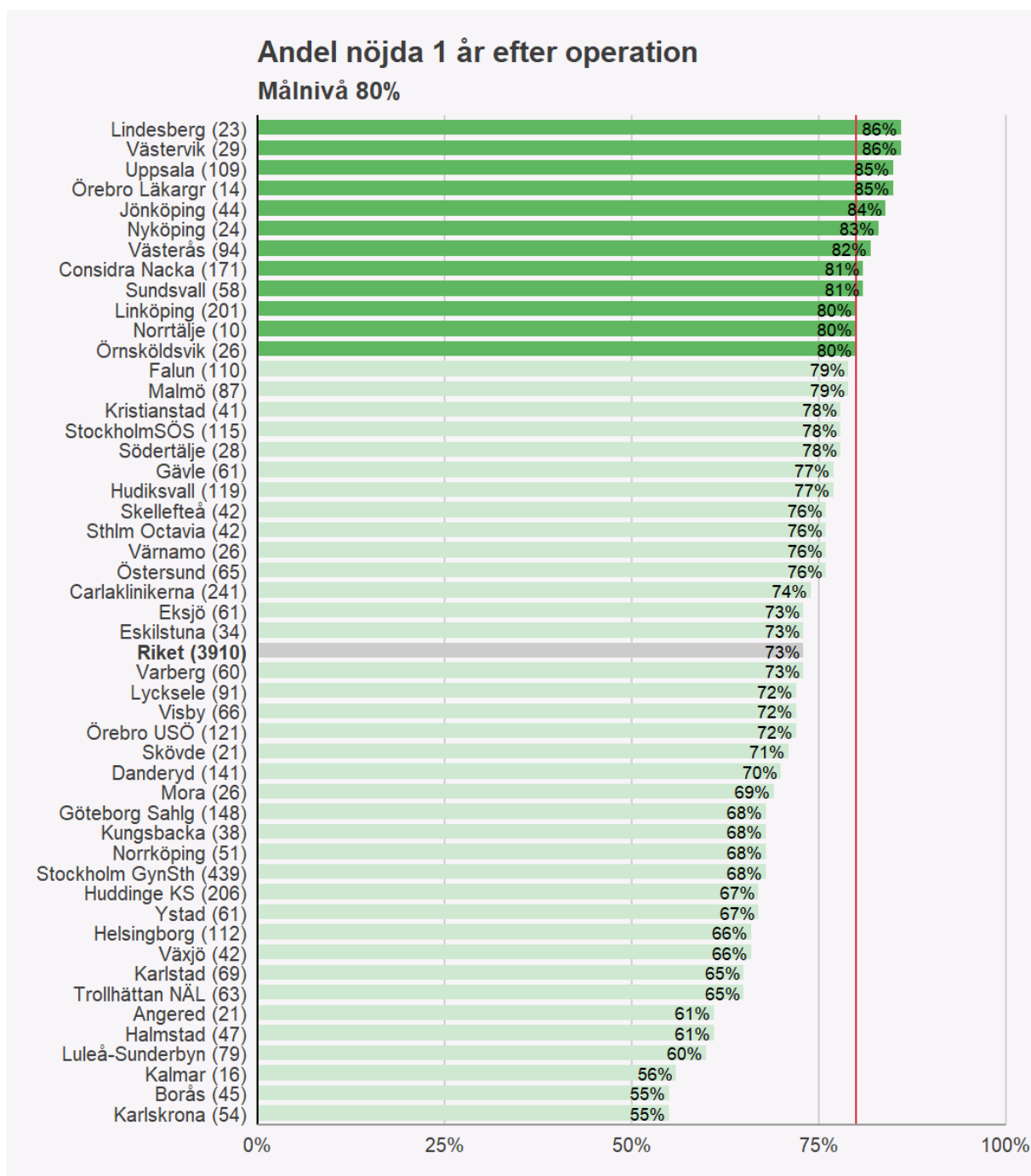
Symptomet globuskänsla (att patienten ser eller känner något som buktar ur slidan) har visat sig ha en hög sensitivitet och specificitet för anatomiskt verifierbart framfall utanför slidöppningen.⁸ Avsaknad av globuskänsla är det utfall som visat sig bäst korrelera med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi.⁹ Tidigare forskning har påvisat att återfallsrisken är högst efter framväggsplastik och majoriteten (över 60%) reciderar inom det första postoperativa året.^{10,11} I figur 16 presenteras vad patienterna som opererats under år 2021 svarat i 1-årsenkäten. I GynOp-enkäten lyder frågan "Har du en känsla av att något buktar i slidan". Svartalternativen är dikotomiserade enligt följande; aldrig, nästan aldrig och 1–3 gånger/månad till "nej" och 1–3 gånger/vecka och dagligen till "ja". Målnivån på 85% är satt utifrån vad som verkar vara en möjlig nivå att uppnå. I år har 15 kliniker uppnått denna målnivå jämfört med 10 kliniker år 2020 och 8 kliniker år 2019, hurra Sverige!



Figur 16. Andel patienter som anger att det inte buktar 1 år efter operation.

Nöjdhet ett år postoperativt

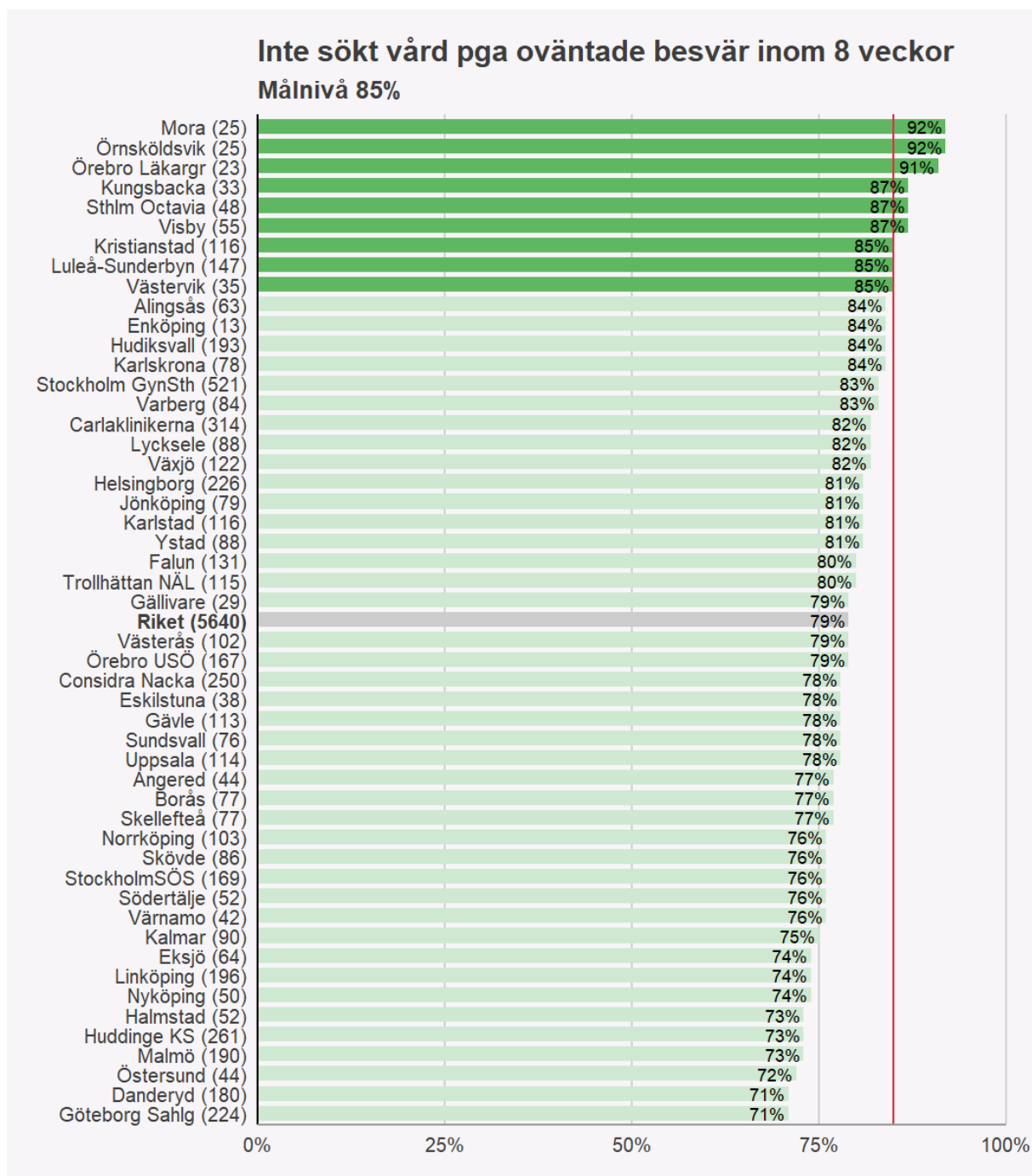
Eftersom globuskänsla inte ringar in hela resultatet, är patientrapporterad nöjdhet sannolikt det enskilt viktigaste utfallsmåttet när vi skall utvärdera slutresultatet efter kirurgi som görs i syfte att förbättra patientens livskvalitet. Det är till exempel tänkbart att en patient som botas från sin globuskänsla men som får smärta vid samlag eller nyttillkommen urininkontinens blir missnöjd med resultatet. Figur 17 redovisar patientnöjdhet ett år efter kirurgi. Här är målnivån satt till 80%. Kliniker med låg andel nöjda patienter bör fundera över patientselektion, val av operationsmetoder, operativ teknik och absolut inte att förringa, patientinformation, det vill säga vad har patienten för förväntningar. I år har 12 klinker uppnått målnivån jämfört 14 klinker år 2021.



Figur 17. Andel nöjda 1 år efter operation

Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt

Figuren nedan presenterar andelen patienter vi opererat under år 2022 som klarat sig utan en vårdkontakt (fysiskt besök) på grund av oväntat besvär eller komplikation inom 8 veckor efter operationen. Totalt 11 kliniker uppnår målnivån på 85%. Kliniker där en hög andel av patienterna måste uppta ett extra mottagningsbesök under konvalescensen bör göra en intern analys av vad detta kan tänkas bero på. Finns det modifierbara faktorer? Kan postoperativ smärtlindring optimeras i högre utsträckning? Behövs en bättre skriftlig postoperativ information? Rekommenderas bulkmedel rutinmässigt för att minimera risken för postoperativ förstoppning? Behöver graden av infektions- och urinretentionskomplikationer ses över? Är sjukskrivningslängden tillräcklig?

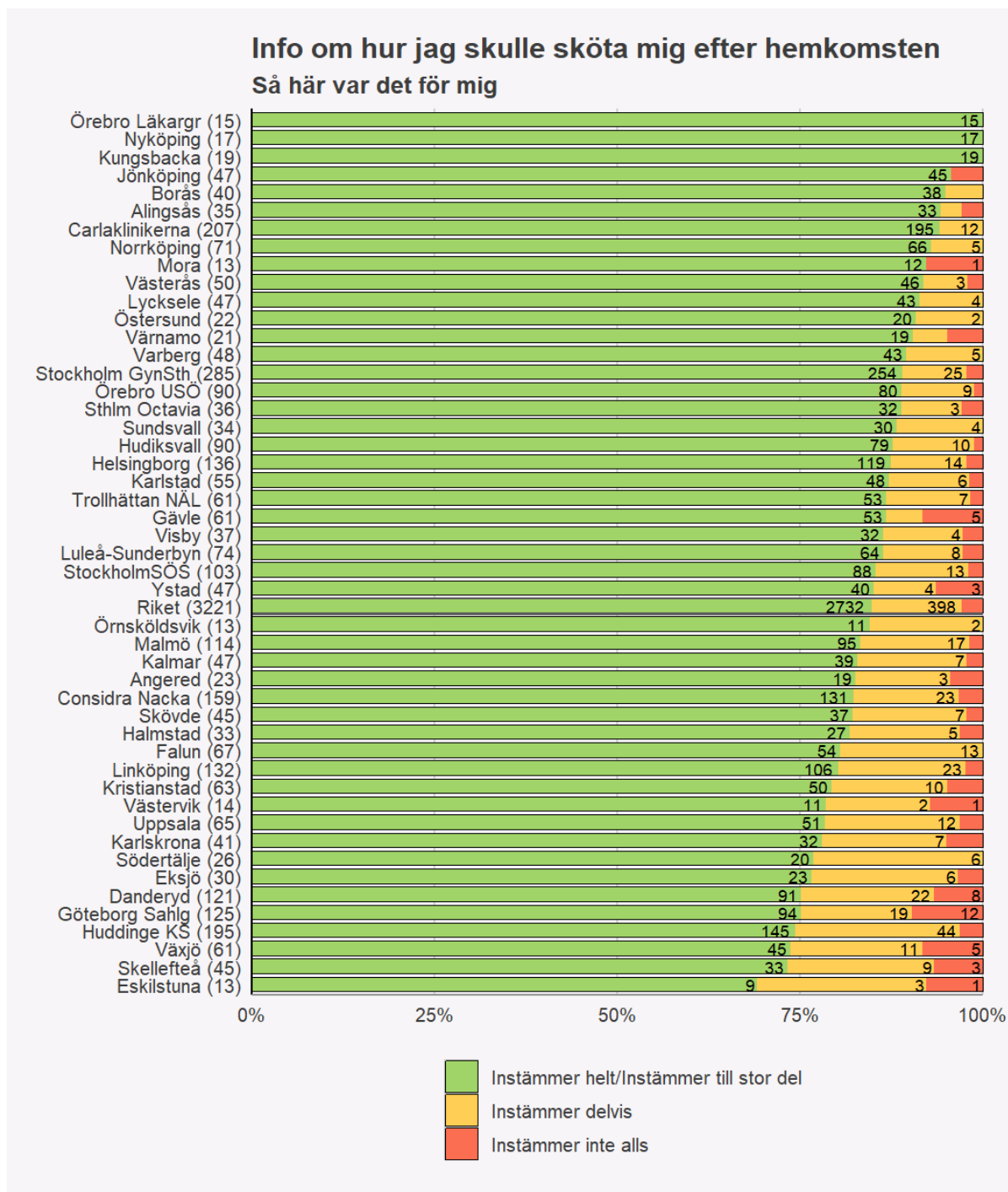


Figur 18. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

Patientinformation

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv) låter patienten svara på varje fråga i två steg.

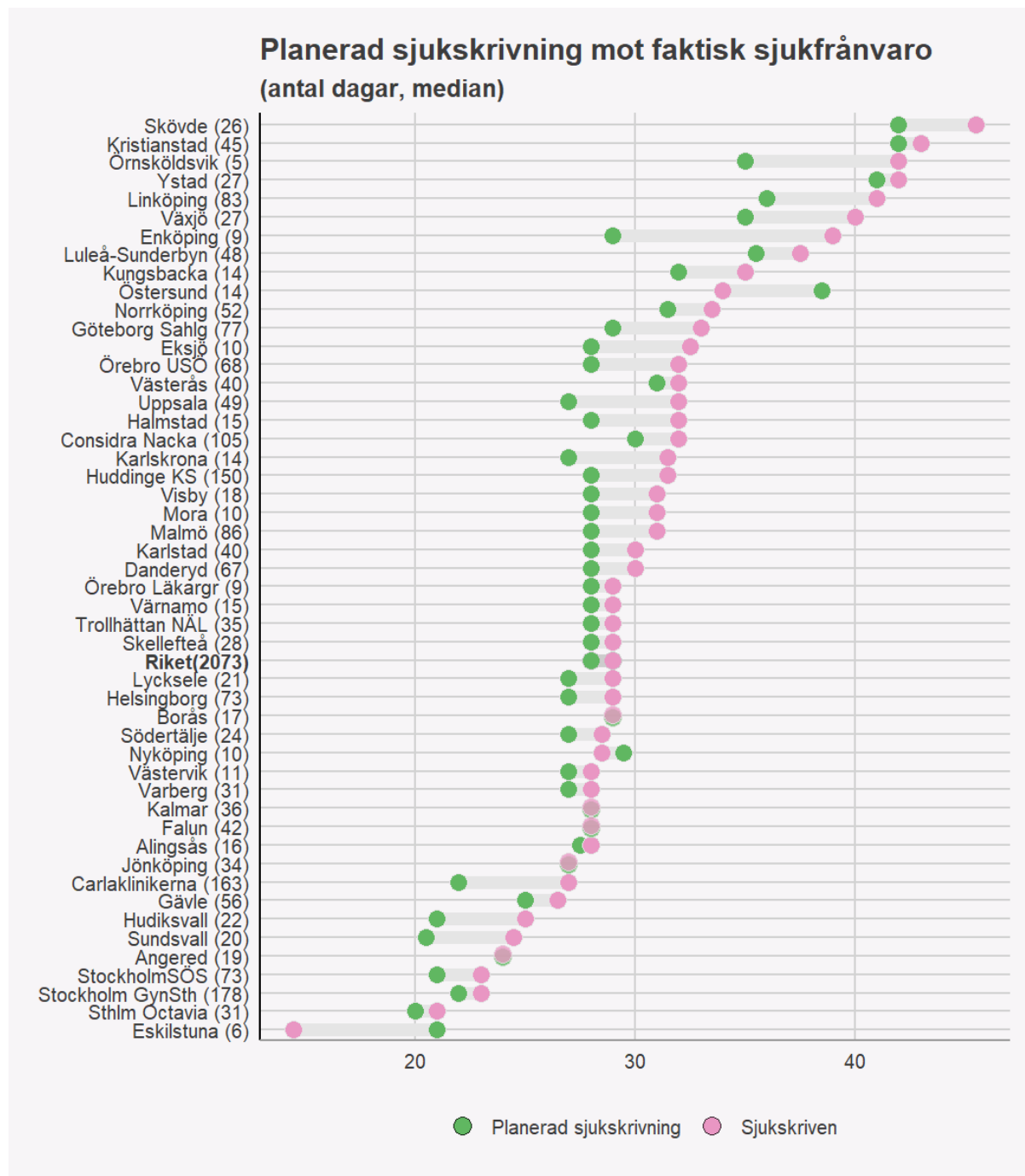
En av de frågor som patienterna värderar som ytterst viktig är "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten". De kliniker som ligger längst nere bör se över sina rutiner kring postoperativ patientinformation.



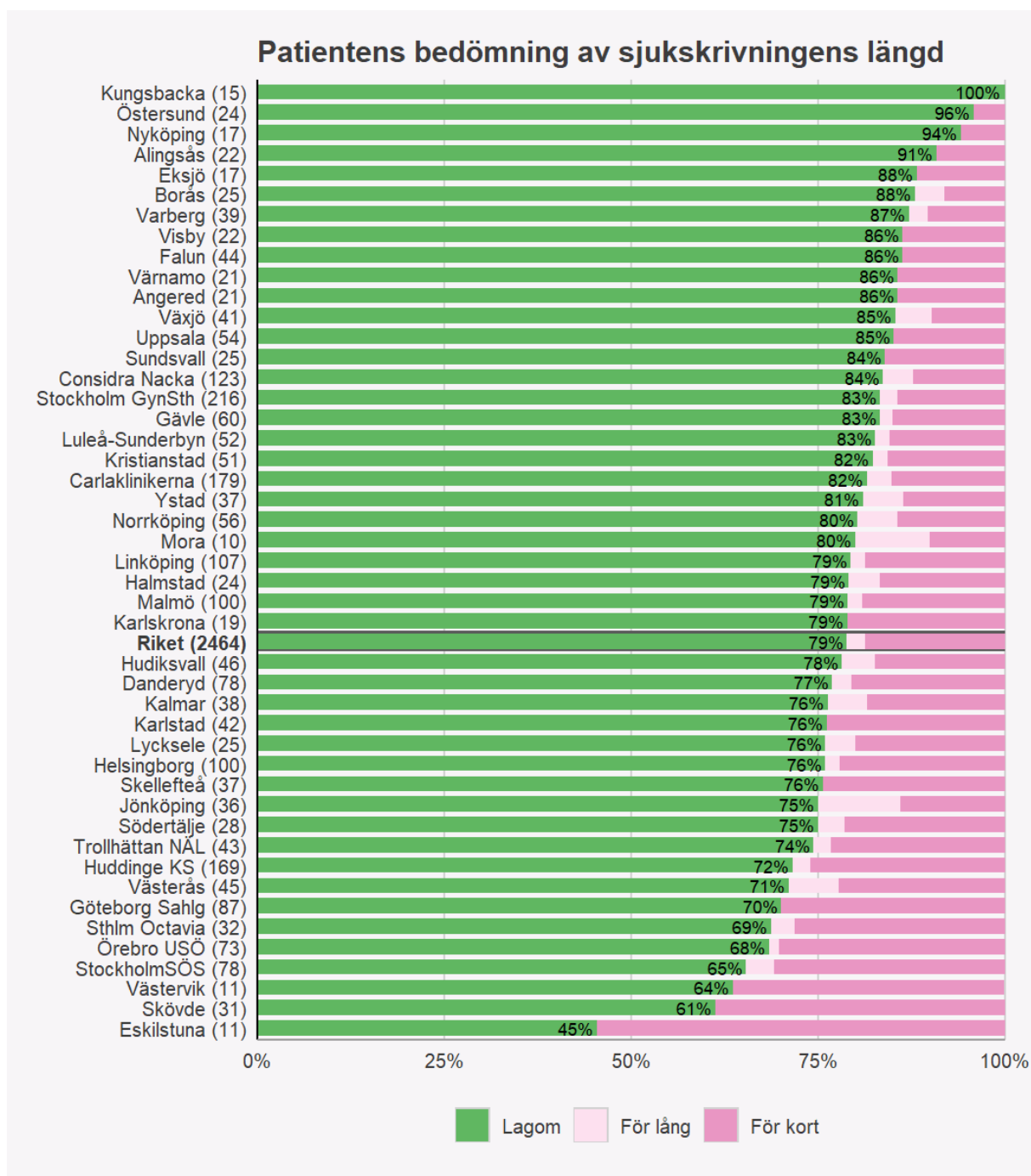
Figur 19. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig.

Sjukskrivning

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



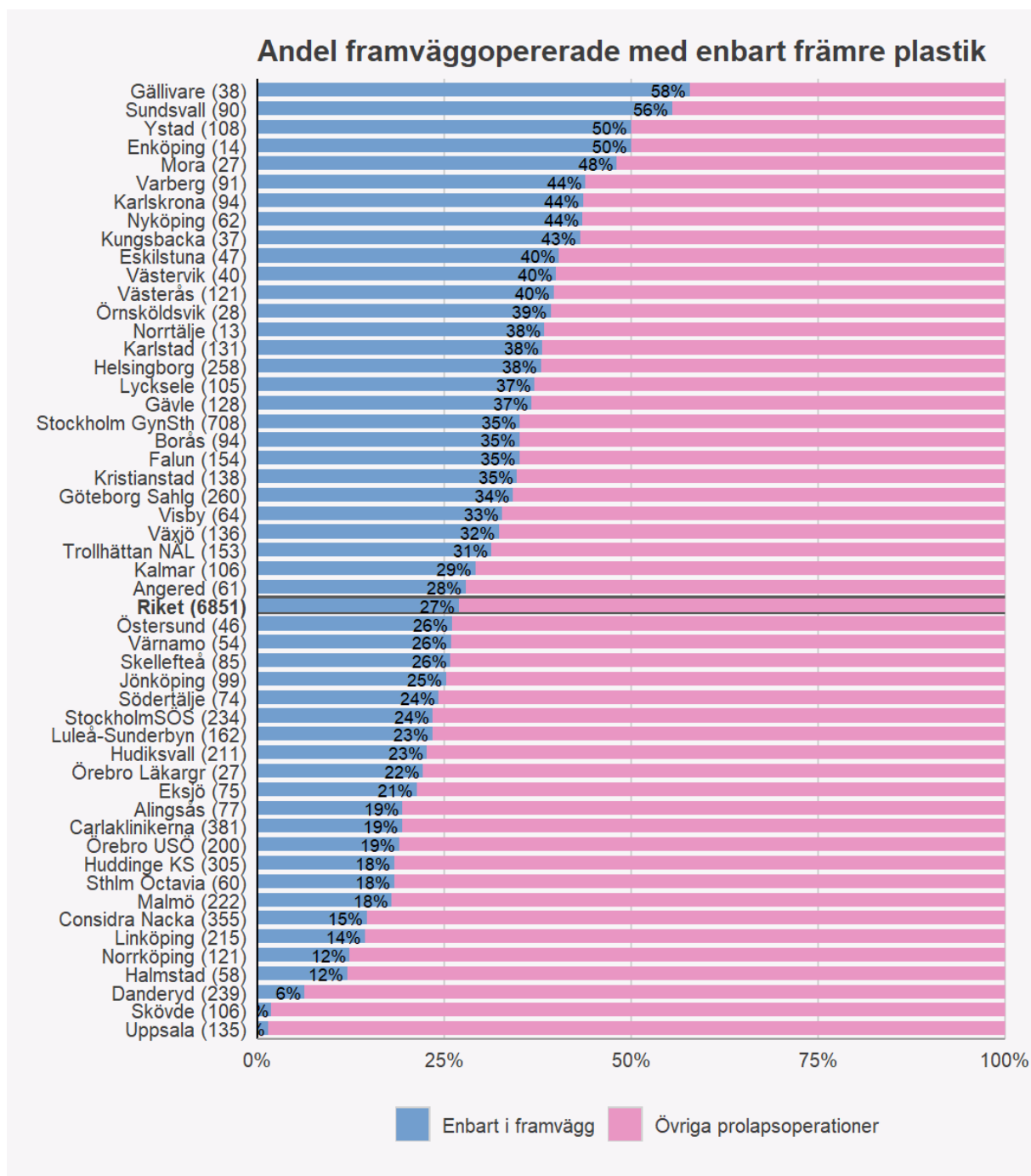
Figur 20. Planerad sjukskrivning mot faktisk sjukfrånvaro



Figur 21. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

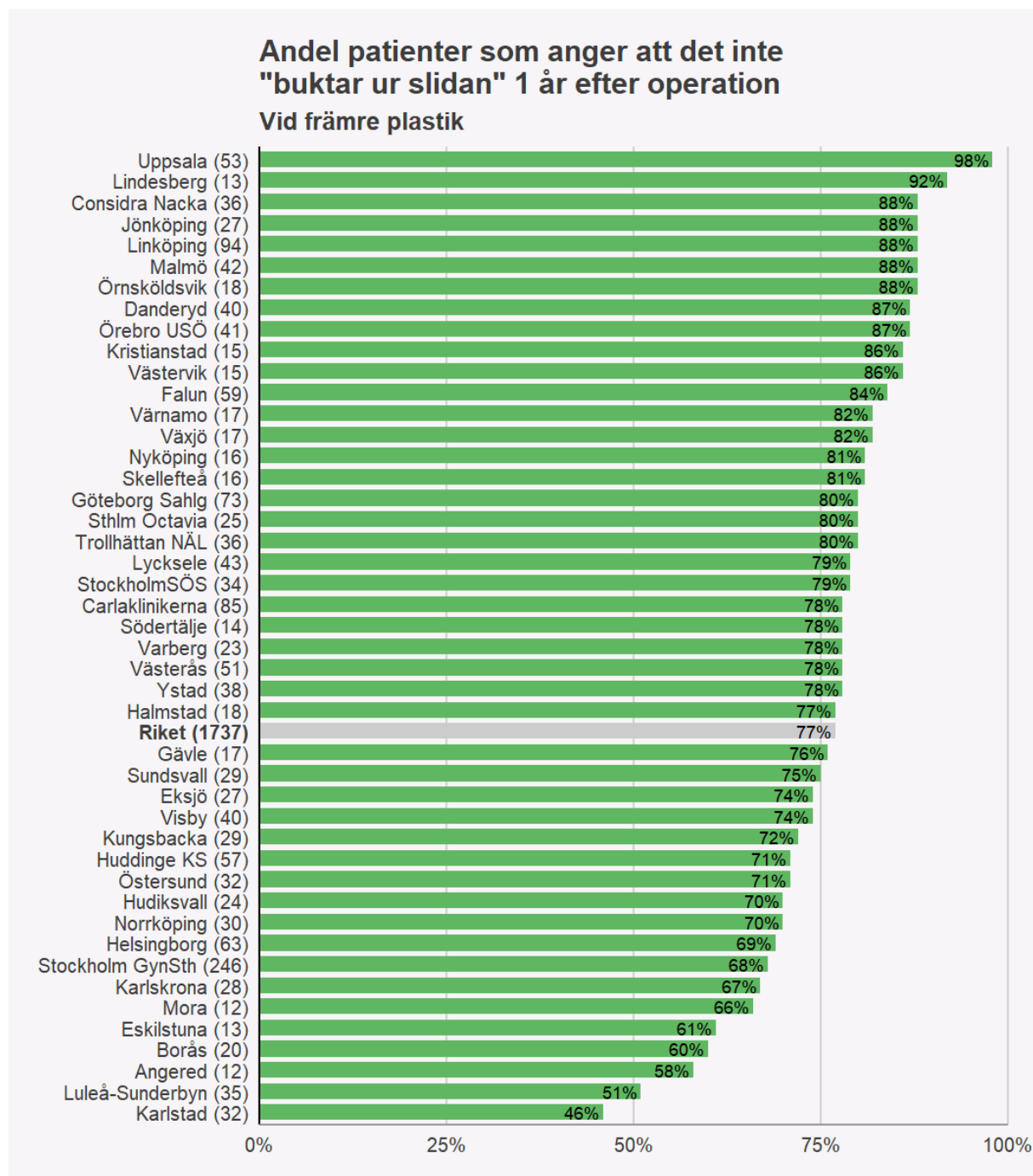
Främre plastik

Nedan följer en redovisning av ingrepp där operatören valt att enbart göra främre plastik. I figuren nedan visas att praxis på de olika klinikerna är väldigt varierande. I nuläget har forskningen inte kommit i kapp för att svara på om apikal upphängning eller optimering av mellangårdens stöd borde ingå mer som regel än undantag för att öka chansen till ett mer varaktigt resultat. Observationella data pekar mot detta men evidens från randomiserade studier saknas.¹²



Figur 22. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.

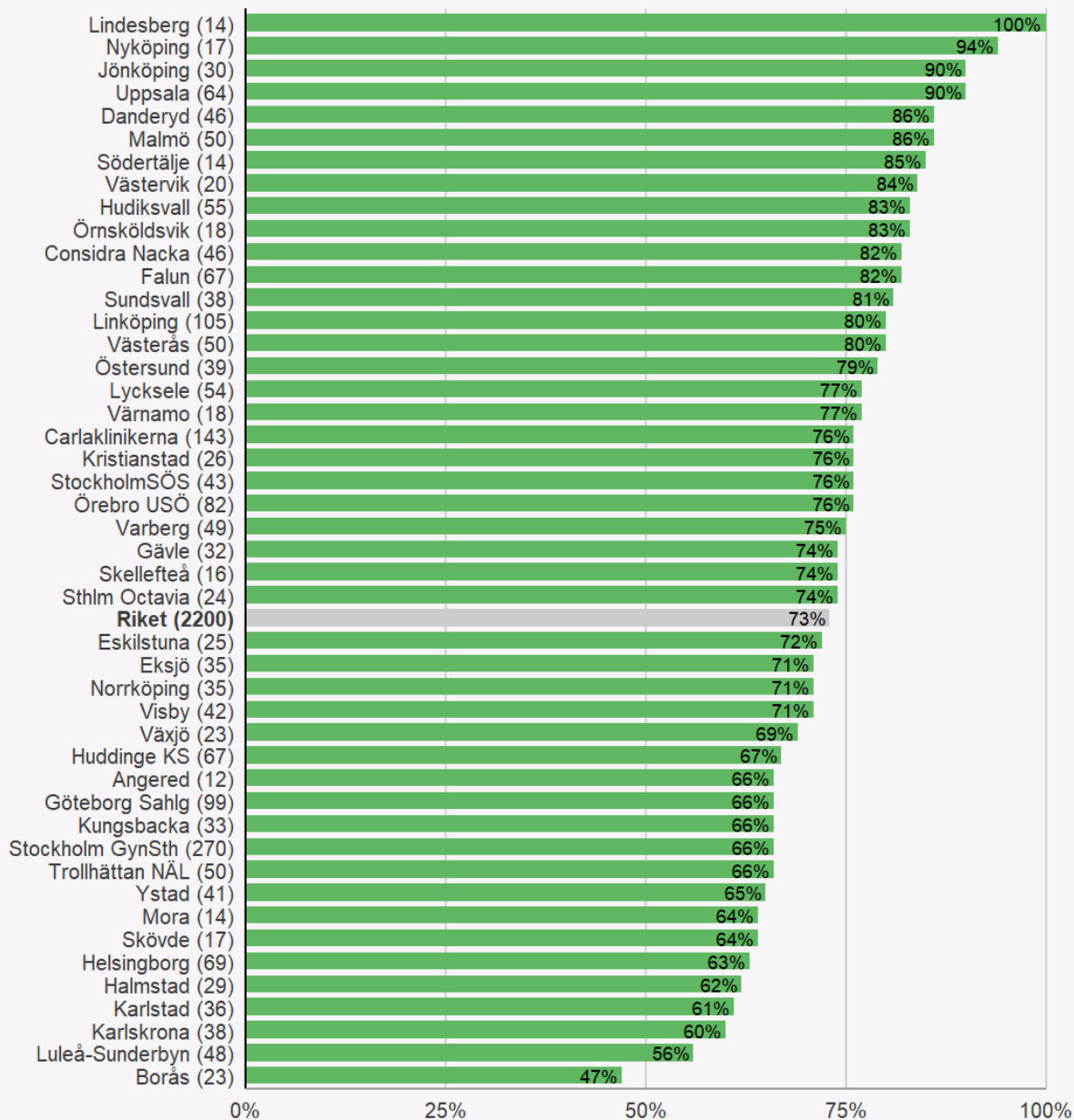
Av patienterna som opereras med enkel framväggsplastik rapporterar cirka 90% globuskänsla i den preoperativa enkäten. I figuren nedan redovisas andelen kvinnor med globuskänsla ett år efter främre plastik. Variationen mellan klinikerna är betydande, vissa ligger på 80–90% subjektivt botade patienter medan andra ligger under 60%. Beror skillnaderna på variationer i kirurgisk teknik eller på patientselektion? Även om en främre plastik är ett vanligt förekommande gynekologiskt ingrepp så är operationen långt ifrån standardiserad.¹³ Data från GynOp publicerat år 2018 talar för att kirurgens erfarenhet (antal ingrepp/operatör/år) inte spelar någon roll för utfallet.¹⁴ I dagsläget saknar vi evidens kring övriga kirurgiska detaljer som till exempel antal suturer, enstaka eller fortlöpande teknik, om vi skall dissekera i lagret mellan slemhinna och fascia eller i lagret mellan fascia och urinblåsa. Vi hoppas att framtida forskning ger oss guidning kring detta.



Figur 23. Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter främre plastik.

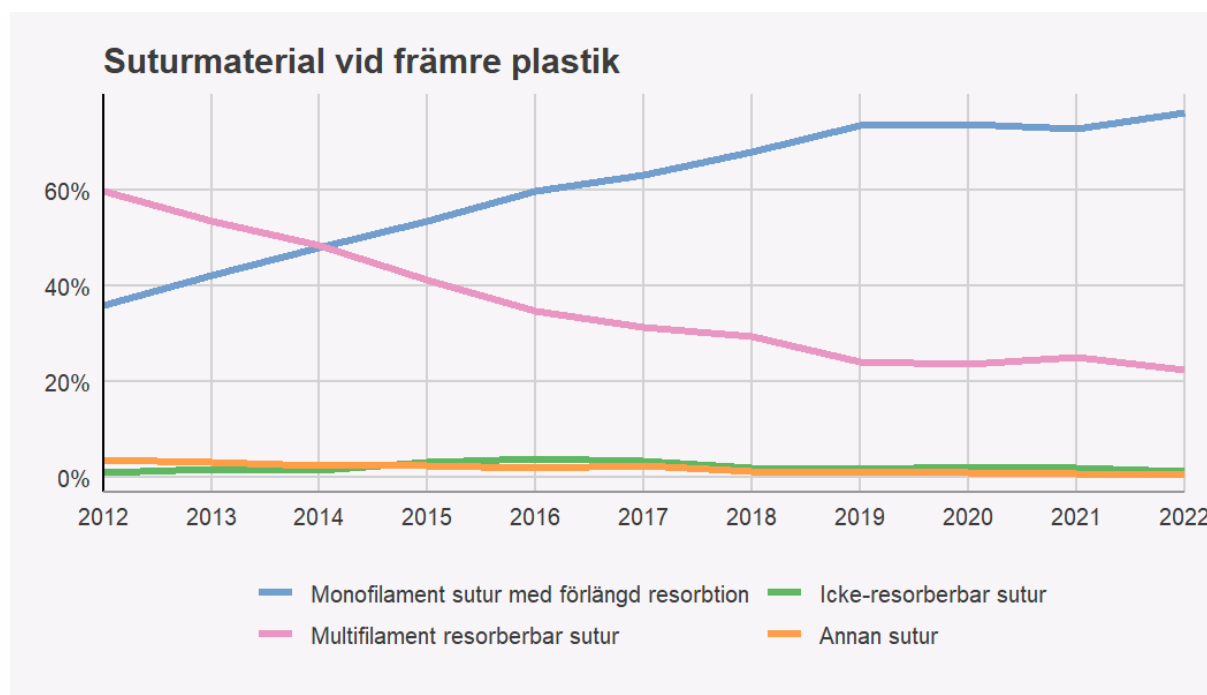
Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation

Vid främre plastik



Figur 24. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter främre plastik.

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

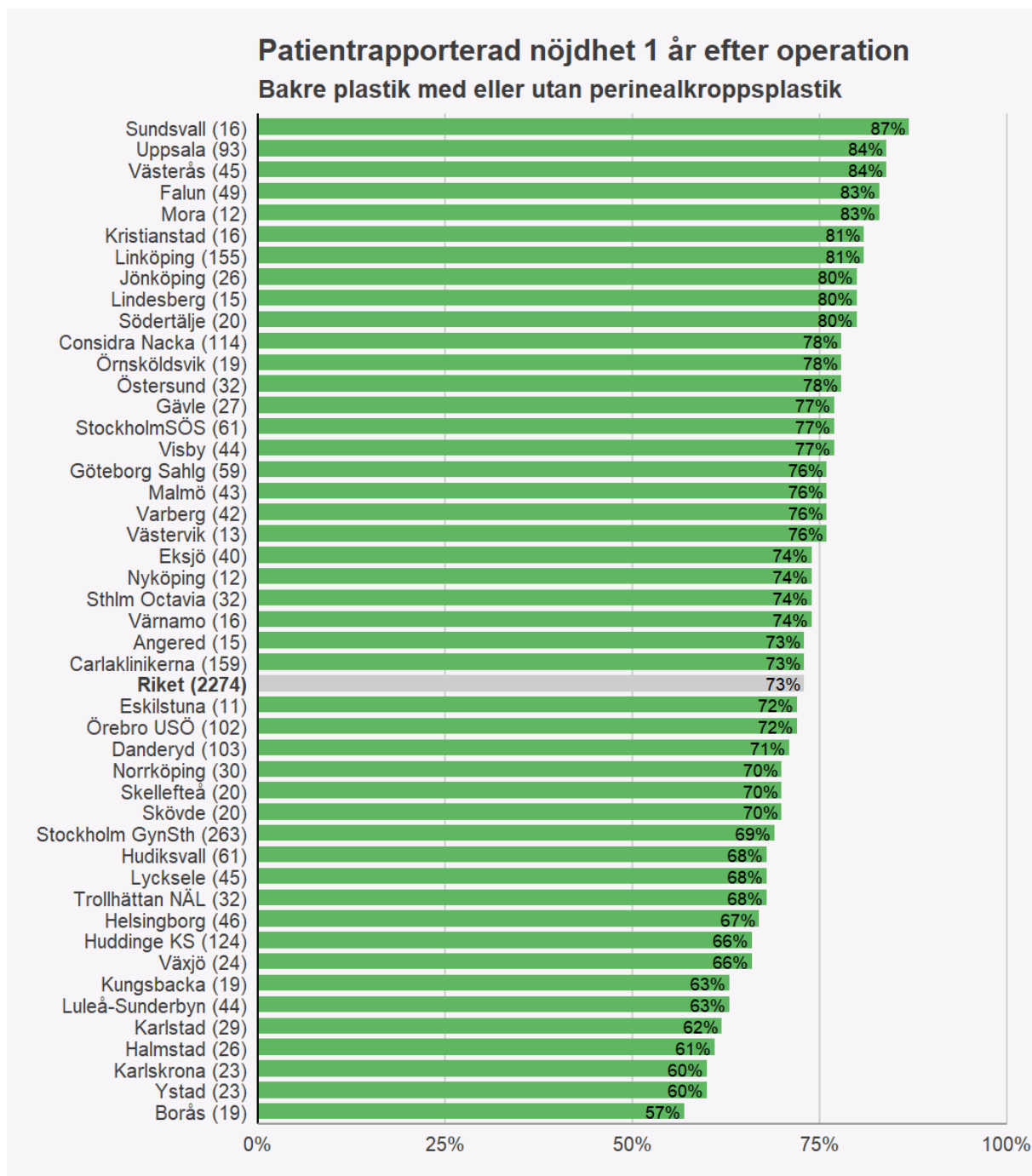


Figur 25. Suturmaterial vid främre plastik.

Bakre plastik och perinealkroppsplastik

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

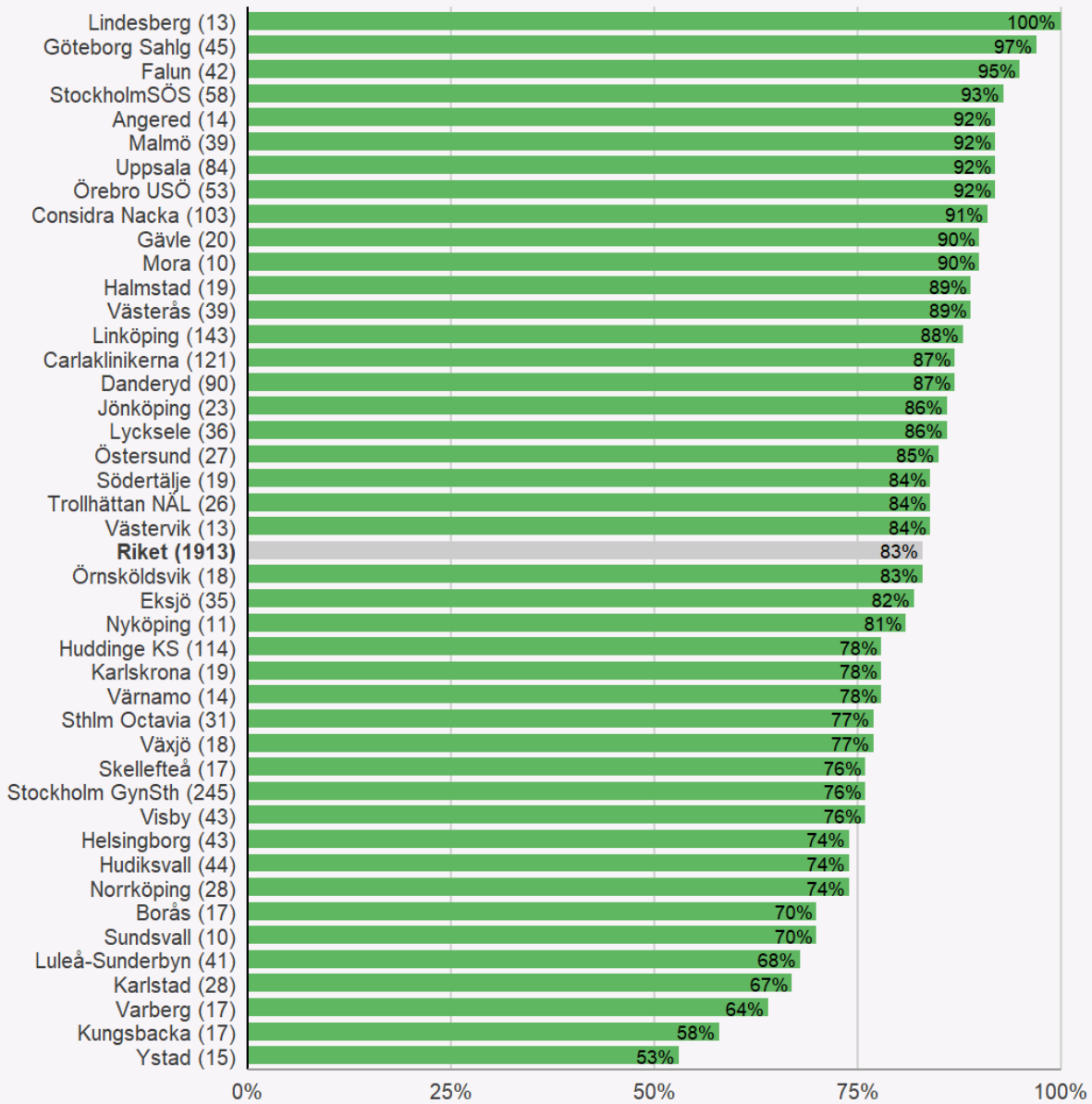
Figuren nedan presenterar patientrapporterad nöjdhet 1-år efter bakre plastik (± perineoraf). Spridningen i andelen nöjda patienter efter bakväggsplastik ligger mellan 88% och 58%.



Figur 26. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter bakre plastik.

Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter operation

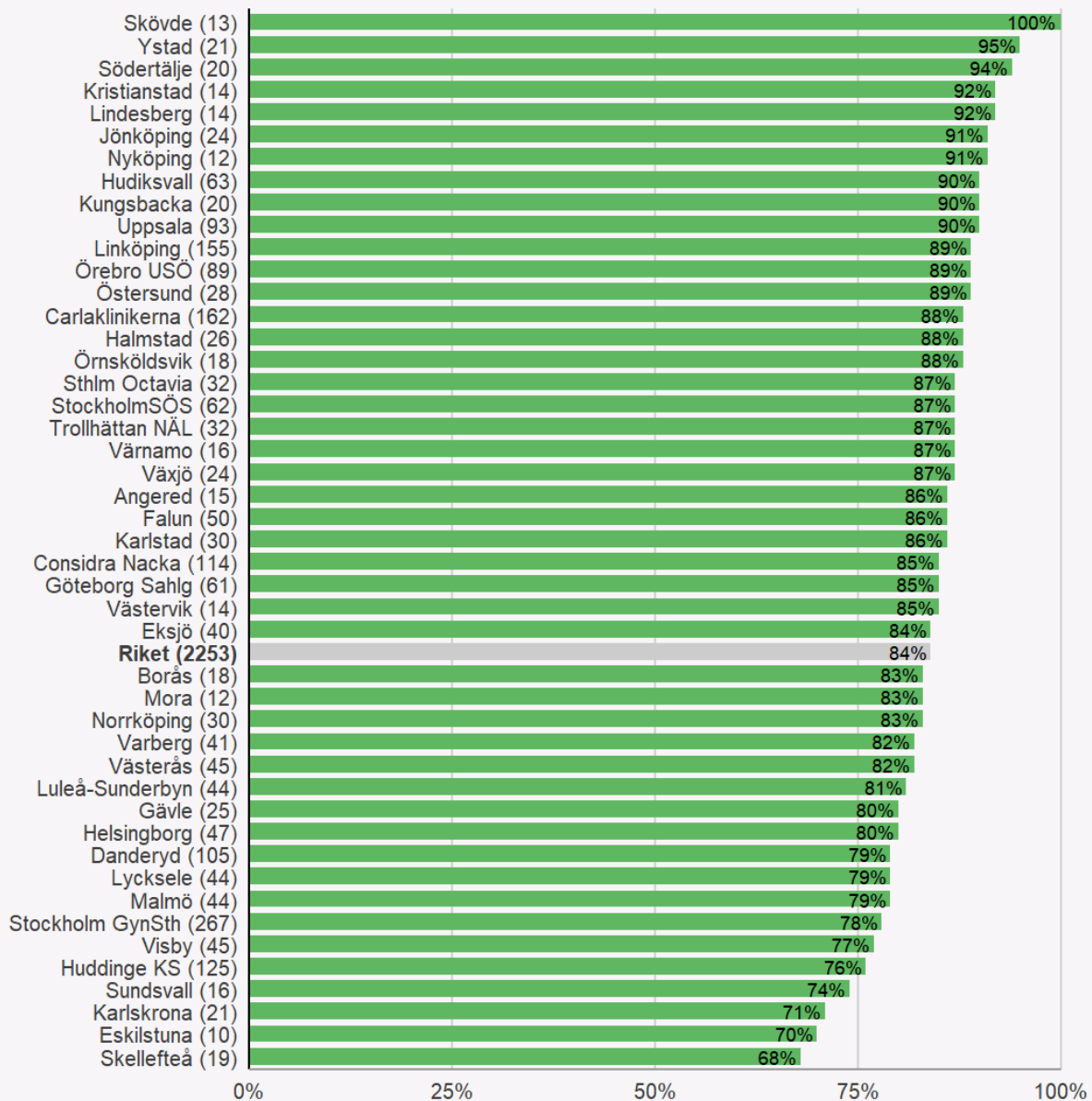
Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik



Figur 27. Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter operation

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

Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik



Figur 28. Behöver inte hålla emot bakre slidväggen för att tömma tarmen 1 år efter operation.

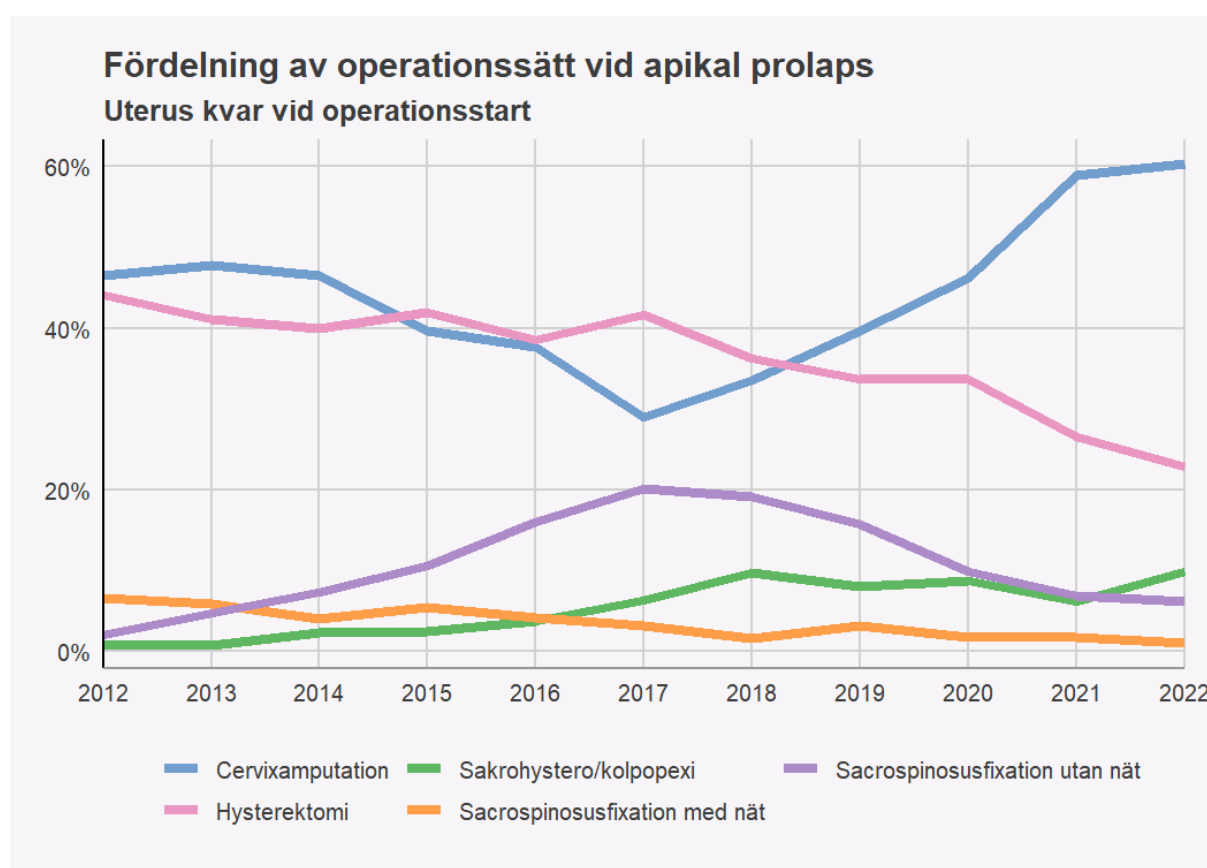
Apikal defekt

Framfall av den främre vaginalväggen samvarierar i hög utsträckning med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi)¹⁶⁻¹⁸ och korrigering av det apikala stödet verkar halvera risken för reoperation.¹⁹ Det finns dock ingen konsensus kring när en apikal upphängning bör ingå. För vissa operatörer ska livmodertappen nå slidöppningen men för andra räcker det kanske med att livmodern kommer ner mer än halva vaginallängden. Det finns dessutom flera olika operationsmetoder att välja mellan.

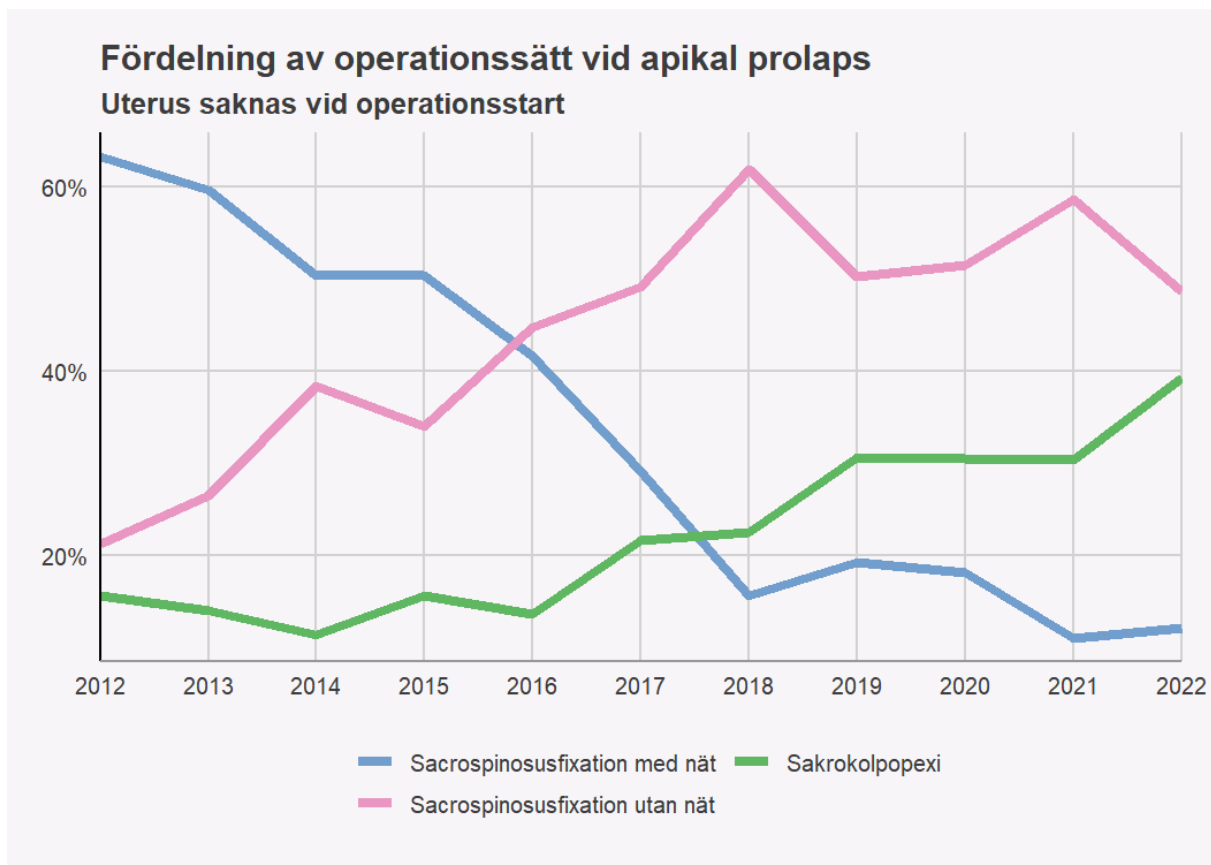
Cochrane-sammanställningen som publicerades år 2016 drar slutsatsen att sakrohysteropexi/sakrokolpopexi har högst lyckandefrekvens (kring 95%) jämfört med de vaginala operationsmetoderna, RR 2.1 (95% CI 1.1–4.2).²⁰

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

Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och är numera inte längre den vanligaste metoden. Cervixamputation verkar ha fått ett uppsving och fortsätter att öka i popularitet. Vi ser också att sakrospinosusfixation blir en allt mindre populär metod. Slutligen ser vi att sakrohysteropexi/sakrokolpopexi verkar bli allt populärare metod i Sverige hos kvinnor med vaginaltoppsprolaps.

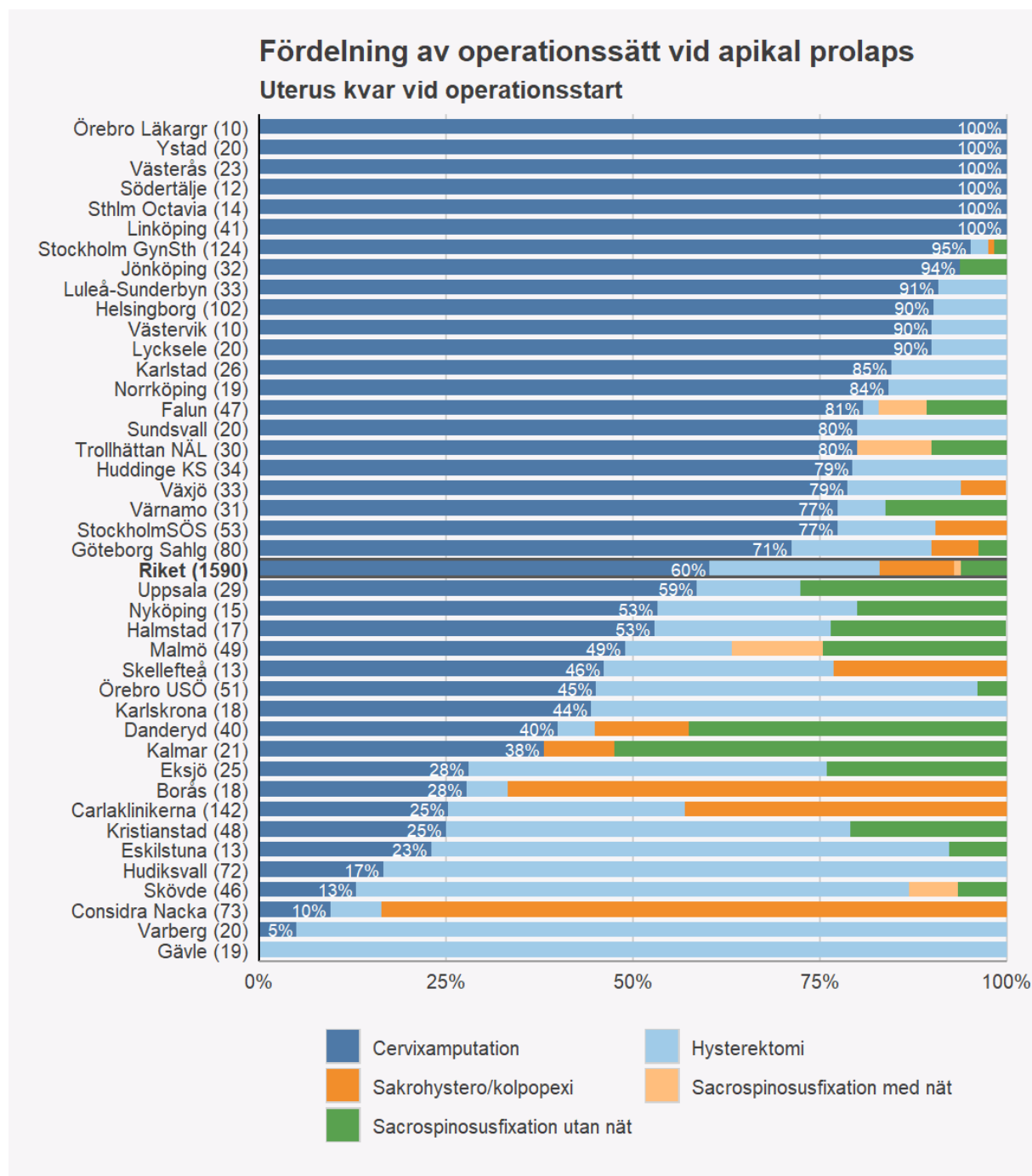


Figur 29. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps



Figur 30. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

Vad gäller fördelningen på klinisknivå kan vi konstatera att praxis är väldigt varierande. Vissa kliniker har en bred arsenal medan andra i princip erbjuder en metod.



Figur 31. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

Vaginal nätkirurgi

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

Eftersom det ständigt kommer nya nät och nättillverkare på marknaden så är det oerhört viktigt att varenda nätoperation registreras i vårt kvalitetsregister. Det är vårt bästa verktyg till att ha möjlighet att identifiera eventuella problem med implantaten.

Av patienterna som år 2022 genomgick en vaginal nätoperation svarar 83% att de är nöjda med resultatet.

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

	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022
Splentis	53	31	29	30
Calister	102	53	70	98
Uphold	112	2		
Ultrapro	9	7	10	19
Prolene	28	28	26	41
Pinnacle	24	7		
Nuvia	6			
Elevate	4	1		
Övriga	8	7	4	8
Totalt	346	136	139	196

Sekundär analsfinkterrekonstruktion

Även rekonstruktion av analsfinkterskador har från och med oktober 2022 centraliserats till två kliniker i Sverige, Linköping och Danderyds sjukhus i Stockholm.

Tabell 3. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador år 2022.

Klinik	Antal
Huddinge KS	15
Linköping	12
Danderyd	11
Norrköping	6
Malmö	4
Considra Nacka	1
Uppsala	1
Visby	1

Totalt 80% av de patienter som genomgått sekundär sfinkterplastik som registrerats år 2018–2021 har svarat på nöjdhetsfrågan ett år efter operation. Av de som svarat var 67% nöjda med resultatet jämfört med 62% år 2020.

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

Komplikationer

Clavien-Dindo är ett instrument för att klassificera **postoperativa** komplikationer. Där räknas förloppet inom 30 dagar efter operation. Clavien-Dindo används inom kirurgisk resultatuppföljning och forskning och har visat sig vara väl reproducerbart. Clavien-Dindo är sedan år 2016 infört i Gynop-registret som komplement till komplikationsbedömningarna för att underlätta publikation vid registerforskning.

Om patienten i 8-veckorsenkäten angett att hon drabbats av en komplikation gör kliniken/doktorn en bedömning av detta. Om doktorn bedömer att patienten har drabbats av en postoperativ komplikation, ombeds doktorn att gradera denna enligt Clavien-Dindo. Glädjande nog görs detta i stor utsträckning eftersom endast 1,5% är "uppgift saknas". Med tanke på att svarsfrekvensen på 8-veckorsenkäten är 84% och att i 88% av dessa har kliniken gjort en bedömning så fångar vi in majoriteten av de postoperativa komplikationerna ($5087/6882 = 74\%$). Av dessa patienter har 593 stycken, det vill säga 12%, bedömts ha drabbats av en komplikation.

Tabellen nedan visar vilken grad av postoperativ komplikation det bedömts att patienten drabbats av. Observera att peroperativa komplikationer inte ingår i detta.

Förtydligande gällande tolkningen av denna tabell; det är alltså inte så att 7,9% av alla prolapsopererade fått en grad3-komplikation utan av de 593 som fått en komplikation så var 7,9% bedömda som allvarliga.

Tabell 4. Komplikationsregistrering i GynOp enligt Clavien-Dindo klassificeringen

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel
Grad 1	259	593	43.7%
Grad 2	278	593	46.9%
Grad 3a	30	593	5.1%
Grad 3b	17	593	2.9%
Uppgift saknas	9	593	1.5%

När vi tittar igenom de allvarliga komplikationerna så har det rapporterats 9 allvarliga infektioner (abscesser som dränerats, sepsis), 2 uretärskador, 1 obstruktivt ileus pga. bråck i navelport, 1 tarmskada, 10 allvarliga blödningar, 1 allvarlig allergisk reaktion, 2 trombosor, 2 allvarliga postoperativa smärttillstånd samt 2 allvarliga urinretentioner med blåsskada.

Avslutande kommentarer

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

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

Samtidigt pågår ett renoveringsprojekt där anamnes-/status- och operationsformuläret gällande bäckenbottenkirurgi genomgår omfattande förändringar. Ändringarna har diskuterats i UR-ARG. och med kommande NHV-centra (vaginala nät och analfinkterrekonstruktion). Enligt nuvarande prognos kommer IT-enheten ha möjlighet att sätta i gång med programmeringsarbetet innan sommaren.

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

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Analssfinkter	Ringmuskel i ändtarmen
Anamnes	Sjukdomshistoria. Patienten får svara på frågor om sina sjukdomar och besvär, det görs en undersökning och tas eventuella prover för att göra en anamnes.
Anatomisk	Som rör eller avser kroppens uppbyggnad
Apikal	”Från toppen”, vid apikal prolaps avser det framfall av livmodern eller av slidans topp om livmodern är bortopererad.
ASA-klassificering ASA-kategori	ASA-klassificering på svenska” är en svensk översättning av ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Det är en 6-gradig skala där: ASA 1 = Frisk, icke-rökare, ingen eller minimalalkoholkonsumtion. ASA 2 =En patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till), aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk*, graviditet, övervikt (BMI 30–39), välkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom.
Bakre plastik	Åtgärd av framfall när ändtarmen buktar ut i slidans bakvägg
BMI	Kroppsmasseindex eller BMI (efter engelskans Body Mass Index) är ett mått för en persons eventuella över- eller undervikt. BMI räknas ut genom att dela kroppsvikten i kg med kroppslängden (mätt i m) x 2 dvs kg/m ² . Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) motsvaras normalvikt av ett BMI mellan 18.5 och 25.
Bulkmedel	Ett receptfritt läkemedel som ger avföringen en mjukare konsistens och gör det lättare att bajs vid besvär med trög mage.
Cervixamputation	Borttagande av livmodertappen
Cochrane	Cochrane är ett globalt nätverk av forskare som sammanställer vetenskapliga översikter och summerar bästa tillgängliga evidens av forskning. Cochrane’s arbete anses vara en internationell måttstock för högkvalitativ, tillförlitlig information.
Compartment	Inom urogynekologin pratas det om tre olika ”compartments” eller områden i slidan. Med främre compartment menas slidans framvägg och underliggande urinblåsa. Med mitt-compartment menas slidans topp och livmodern. Med bakre compartment menas slidans bakvägg och underliggande tarm samt mellangården.
Demografiska karaktistika	Demografi = befolkningslära, karakteristika = kännetecken
Dikotomiserad	Dikotomi betyder uppdelning av en helhet i två separata delar. Exempel: att en fråga som är uppdelad med mer än två svarsalternativ, t ex ”aldrig, nästan aldrig, ibland, ofta, mycket ofta” har grupperats om till enbart två alternativ, t ex att de tre första sätts som ”sällan” och de två senare sätts som ”ofta”. Används bland annat vid jämförelser och presentation av data.
Evidens	Bevis eller belagd kunskap
Fascia	En fibrös bindvävshinna som har som främsta uppgift att hålla muskler och muskelgrupper på plats när muskeln drar ihop sig
FDA	Food and Drug Administration, USA:s motsvarighet till Läkemedelsverket. FDA är de som godkänner att läkemedel får användas i USA.
Främre plastik	Åtgärd av framfall när urinblåsan buktar ut i slidans framvägg
Globuskänsla	Känsla att något buktar ut i eller ut ur slidan
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
ICS	International Continence Society
Implantat	Syntetiskt nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.

Uppslagsord	Förklaring
IUGA	International Urogynecological Association
Konsensus	Samstämmighet, att alla är överens om att något är/ska vara på ett visst sätt
Konvalescens	Tidsperioden för tillfrisknande efter en sjukdom eller operation
Korrelera	Stå i samband med, samverka med
Levator(muskel)	Muskelgrupp av tvärstrimmiga muskler i bäckenbotten. Fäster i bäckenbenet framtill och i svanskotan baktill.
Midline plication	En operationsteknik där operatören med stygn för ihop slidväggens bindväv från sidan till mitten.
Perinealkropp	Mellangården, muskelfäste mellan slidmynningen och ändtarmsöppningen
Perineorafi	Kirurgiskt ingrepp där mellangårdens muskelfästen återskapas så att mellangården (perinealkroppen) byggs upp.
Postoperativ	Efter operationen
Primär operation	Den första gången patienten opereras på grund av framfall.
Proktocele	En typ av framfall där ändtarmen buktar ut i slidan
Prolabera	Att ett mjukt, inre organ glider ut eller faller ner, till exempel slidan eller livmodern/livmodertappen vid framfall. Kommer från ordet prolaps.
Prolaps	Framfall
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Sakrokolpopexi, sakrohysteropexi	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd. Ett nät sys fast på slidans fram och bakvägg samt fästes bak mot det framskjutande partiet vid övergången mellan sista ländkotan och korsbenet (promontoriet).
Sakrospinosusfixation	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd genom att med hjälp av suturmaterial eller nät fästa dessa mot ett ligament inne i bäckenet som heter sakrospinosusligamentet.
Sensitivitet	Begreppet används för att beskriva hur känsligt ett diagnostiskt test är. Sensitiviteten är andelen sjuka som identifieras med ett test. Hög sensitivitet innebär att testet hittar stor andel av dem som har sjukdomen.
Site-specific repair	En operationsteknik där operatören med stygn lagar specifika hål i slidans bindväv.
Specificitet	Specificitet är andelen friska som friskförklaras med ett test.
Ur-ARG	Vetenskaplig arbetsgrupp för urogynekologi inom specialistföreningen för obstetrik och gynekologi.
Urinretention	Oförmåga att tömma urinblåsan när man kissar

Referenser

- 1.Jelovsek JE, Chagin K, Lukacz ES, et al. Models for Predicting Recurrence, Complications, and Health Status in Women After Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol* 2018;132:298-309.
- 2.Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29:13-21.
- 3.Salvatore S, Athanasiou S, Digesu GA, et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol Urodyn* 2009;28:301-4.
- 4.Ismail S, Duckett J, Rizk D, et al. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. *Int Urogynecol J* 2016;27:1619-32.
- 5.Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018;29:81-9.
- 6.Kawasaki A, Corey EG, Laskey RA, Weidner AC, Siddiqui NY, Wu JM. Obesity as a risk for the recurrence of anterior vaginal wall prolapse after anterior colporrhaphy. *J Reprod Med* 2013;58:195-9.
- 7.Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
- 8.Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:942-8.
- 9.Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
- 10.Miedel A, Tegerstedt G, Morlin B, Hammarstrom M. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1593-601.
- 11.Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, et al. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J* 2018;29:431-40.
- 12.Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
- 13.Halpern-Elenskaia K, Umek W, Bodner-Adler B, Hanzal E. Anterior colporrhaphy: a standard operation? Systematic review of the technical aspects of a common procedure in randomized controlled trials. *Int Urogynecol J* 2018;29:781-8.
- 14.Nussler E, Eskildsen JK, Nussler EK, Bixo M, Lofgren M. Impact of surgeon experience on routine prolapse operations. *Int Urogynecol J* 2018;29:297-306.
- 15.Bergman I, Soderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Does the choice of suture material matter in anterior and posterior colporrhaphy? *Int Urogynecol J* 2016;27:1357-65.