

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2022

Författare:

Anneli Jördens

Registeransvarig för delregistret för intrauterin kirurgi

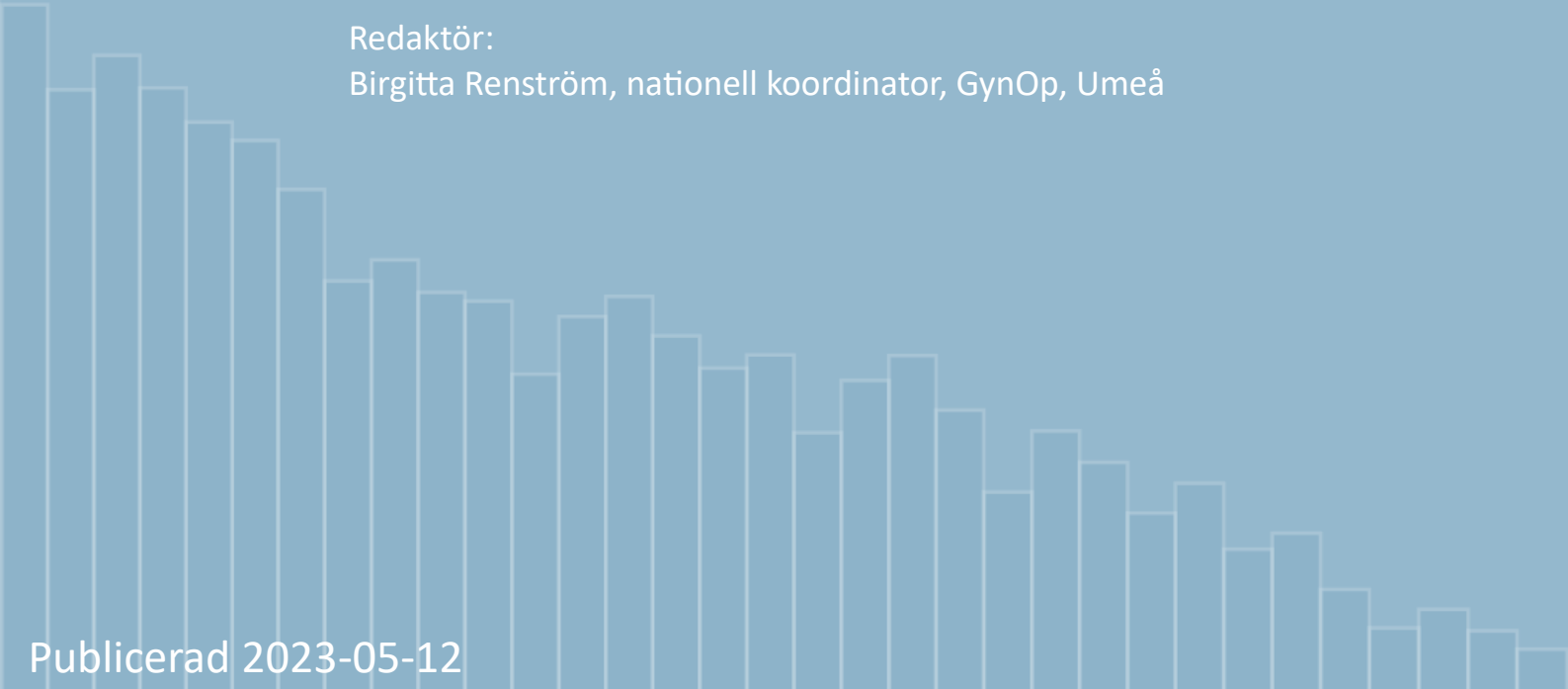
Överläkare, Gynekologmottagningen, Lasarettet i Enköping

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	2
Tidsperiod.....	3
Utförda operationer	3
Antal operationer (Covid-figur)	5
ST-läkare	11
Indikationer	12
Typ av operation som utförts	13
Anestesi	14
Vårdtid.....	17
Tid till normal ADL.....	19
PAD	20
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation	21
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv.....	23
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	25
Förbättring efter 1 år.....	25
Nöjdhet efter 1 år.....	26
Komplikationer.....	27
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	28
Clavien-Dindo	30
Endometriedestruktion.....	31
Antal utförda operationer	31
Komplikationer	33
Infektion.....	33
Sammanfattning.....	35
Ordlista.....	36

Inledning

Stora förändringar är på gång!

Vi har under de senaste åren jobbat för uppdaterade operationsmallar i GynOp. Främst prioriterat för intrauterin kirurgi, men även för andra delregister. Det har legat som prioriterat för programmering, men har av många skäl inte nått hela vägen fram.

Sedan början av 2022 har GynOps styrgrupp jobbat med ett plattformsbyte för hela GynOp-registret, som bland annat ska kunna underlätta vid uppdatering av befintliga variabler eller tillägg av nya. Därmed också bättre funktioner för datauttag till forskning. Detta kommer vi att finna i INCA som är den plattform som har valts och GynOp har påbörjat arbetet med övergång av hela registret till den nya plattformen.

Först ut i detta arbete är intrauterin kirurgi!

Vi jobbar nu löpande med att flytta över formulären till INCA och enligt plan skall vi vara i drift med delregistret för intrauterin kirurgi (IUK) vid årsskiftet 2023/2024. Denna tidsplan håller vi tummarna för, det är ett aktivt arbete som pågår löpande för denna flytt.

Alla delregister kommer successivt att flytta till INCA, men av tekniska skäl så flyttas till en början ett delregister i taget.

Det kan vara bra att ta som vana att läsa nyheterna på förstasidan på www.gynop.se innan du börjar registrera din operation, information om när det är dags att logga in på INCA kommer framgå och alla som har en användare i GynOp kommer givetvis kunna logga in i INCA också. Tekniska detaljer kan vi spara tills det är dags!

Antalet operationer som registreras i IUK fortsätter att öka. Trots detta når vi inte riktigt upp till målet för täckningsgrad på 85%, men den ökar sakta. Senaste värdet är 81,4% (2021) en ökning från 80,3% (2020). Vi får hjälpas åt fortsatt - registrera varje operation du gör intrauterint, oavsett om du är på operationsavdelning, på dagkirurgisk enhet eller på en mottagningsoperation. Allt skall med, med undantag för ren diagnostisk hysteroskopi (ULC02, ULC12). Dessa ingrepp hoppas över, men allt annat vill vi få med i registrering, glöm inte att diagnostisk hysteroskopi med biopsi (ULC05, ULC15) till exempel skall registreras!

IUK har uppdaterat Indikationerna under början av året och en ytterligare justering av dessa lades till mot slutet av året. Återkommer till detta längre fram i rapporten.

Årsrapporterna har tidigare haft ett specialkapitel varje år, i år görs inget specialkapitel då så mycket arbete pågår med plattformsbytet, det tillkommer några nya figurer ändå, till exempel Sverigekartorna som visar var patienter är opererade och var de är skrivna. Just för IUK ser dessa tämligen lika ut, för de andra delregistren ses tydliga skillnader att patienter opereras på annan ort än bostadsorten. En del av detta härrör sig sannolikt till att vi nu har olika NHV-enheter i landet, så det är meningen att patienter skall opereras på annan ort. Men vi har inte detta när det gäller IUK. Vi har god spridning av operationer i landet, men det finns några vita områden, se figur 6.

Vi har också en ny figur i alla delregister för operationer där ST-läkare deltagit, se figur 9. Viktig fråga, hur ser utbildningen ut.

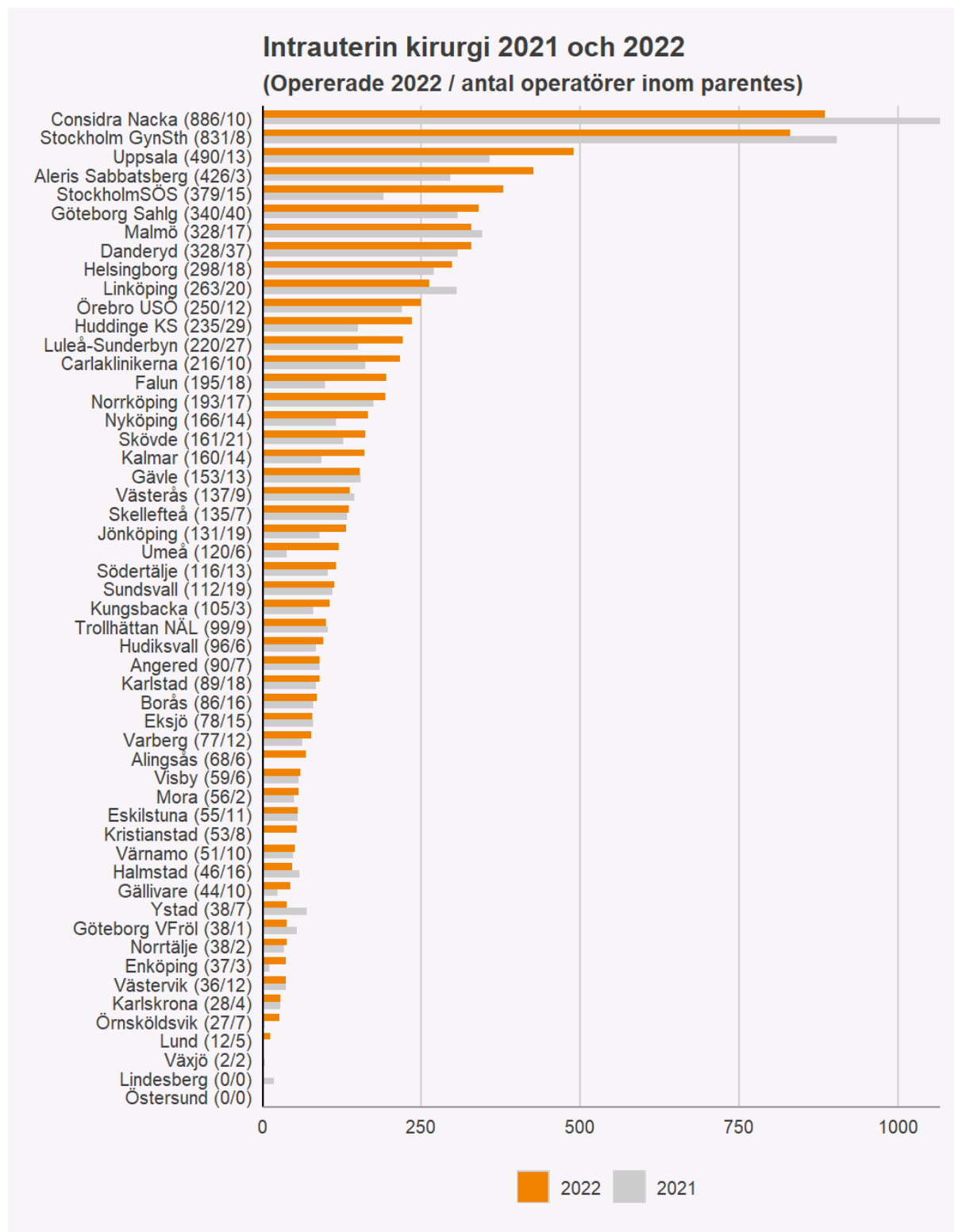
Clavien-Dindo visas också i alla register, dokumentering av komplikationer registrerade vid 8 veckor postoperativt. De är fortsatt mycket sparsamma för IUK, men förekommer och redovisas i tabell 15.

Anneli Jördens, överläkare, Gynmottagningen, Lasarettet i Enköping
Delregisteransvarig intrauterin kirurgi
anneli.jordens@regionuppsala.se

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under 2022. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2021 använts.

Utförda operationer

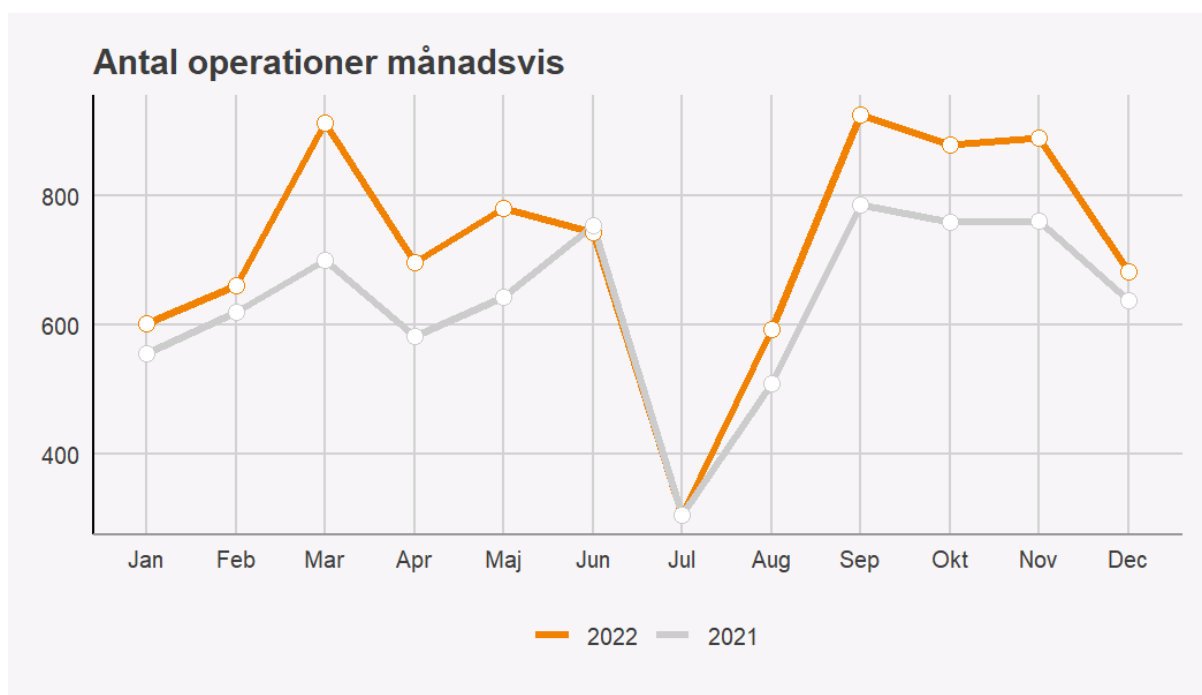


Figur 1. Intrauterin kirurgi 2021 och 2022.

I riket registrerades 8677 operationer under år 2022 vilket kan jämföras med 7621 registrerade operationer år 2021.

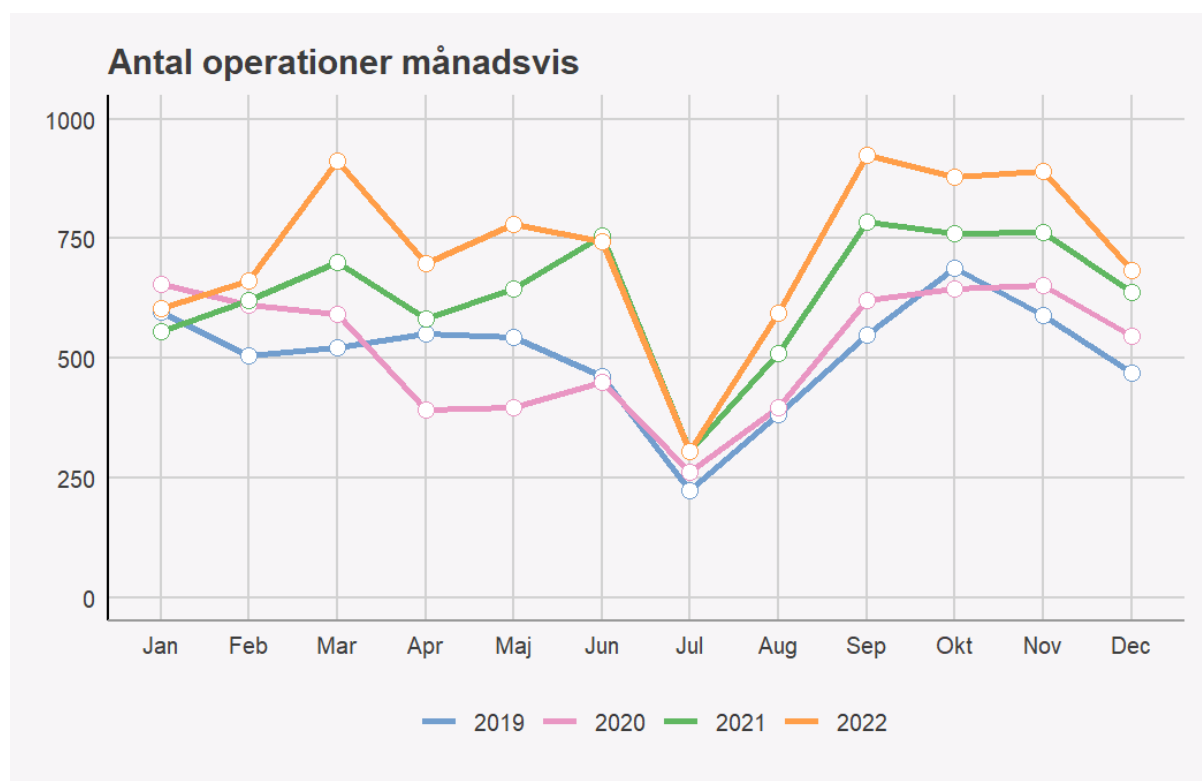
Ökningen av antalet operationer med intrauterin kirurgi är påtaglig, antalet har ökat år för år med stora kliv om vi tittar från 2019, året före pandemin, till nu.

Det är ingen större förändring i antal kliniker som registrerar i GynOp, 54 stycken år 2022 jämfört med 53 det föregående året, men några enheter som tidigare inte hade så många registrerade operationer har nu registrerat betydligt fler, vilket ses positivt. Om det beror på förbättrad registrering eller på att klinikerna börjat operera mer går att få fram detaljerat genom att jämföra med Socialstyrelsens registrerade ingrepp, klinik för klinik, under motsvarande år. En enkät gjordes föregående år med ett urval kliniker om detta bland annat, förhoppningen är att de kommunikationerna som uppstod i samband med enkäterna förbättrat registreringen.



Figur 2. Antal operationer månadsvis

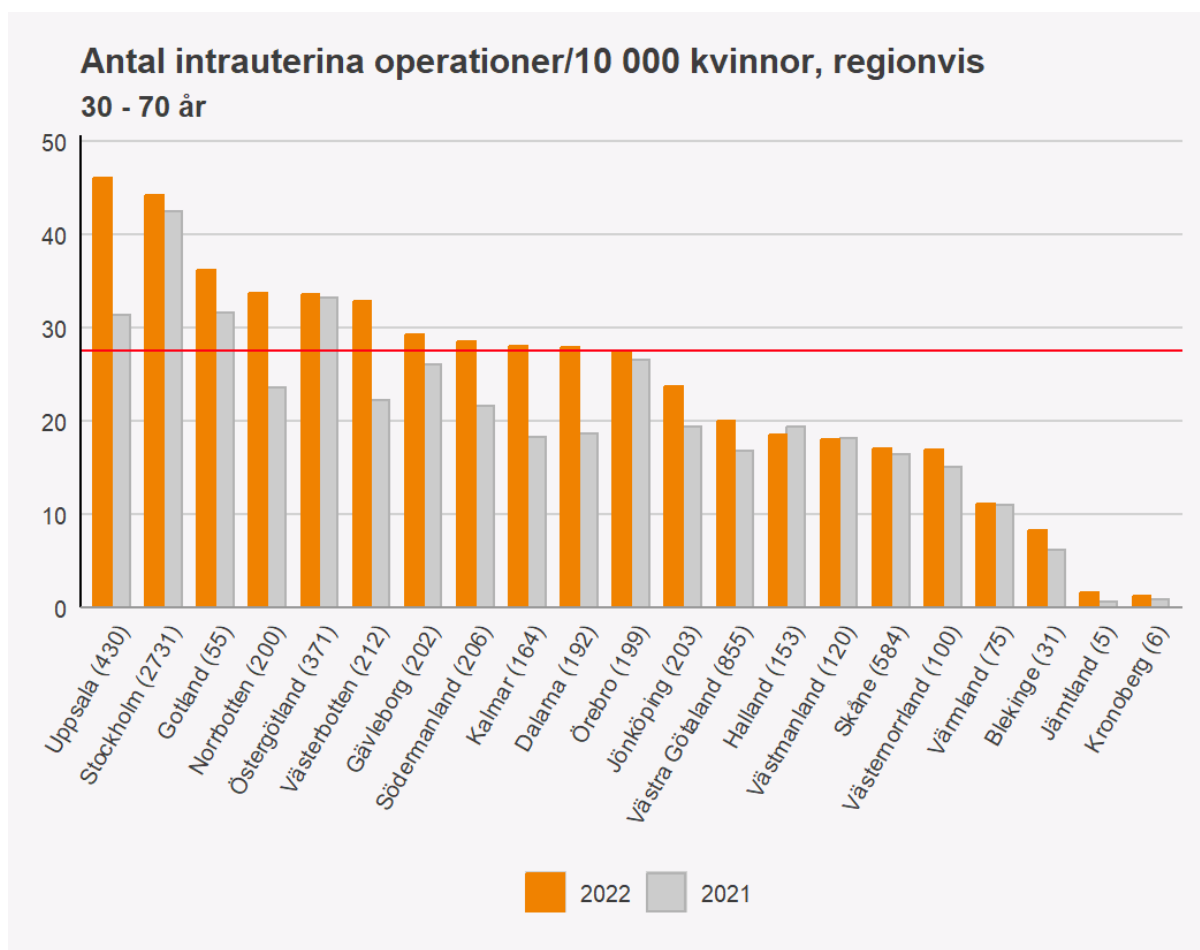
Antal operationer (Covid-figur)



Figur 3. Antal operationer månadsvis under åren 2019–2022.

Covid-figurer kommer förhoppningsvis inte behöva visas mer framöver, vi får utgå från att pandemin ligger bakom oss, med dess effekter på operationsverksamheten i Sverige.

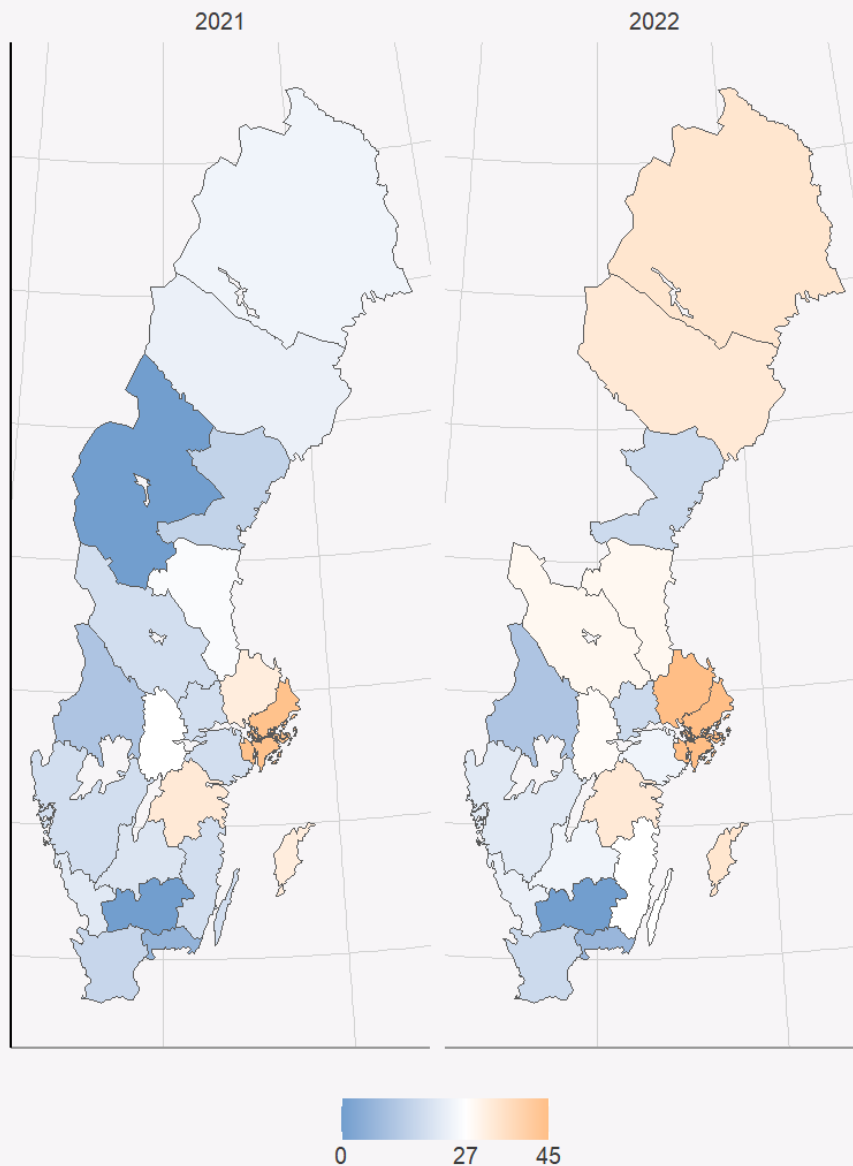
För intrauterin kirurgi var det ju inga dramatiska neddragningar som tidigare nämnts, jämfört med till exempel rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi eller hysterektomi på benign orsak som fick påtagligt sämre operationsmöjligheter. Å andra sidan utvecklades mer och mer att fler ingrepp började göras i dagkirurgi och som mottagningsoperationer, vilket ju är en positiv effekt av pandemin.



Figur 4. Antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor (ålder 30–70 år) utifrån var patienterna är skrivna, hämtat från GynOp och Statistiska centralbyrån (SCB) år 2022. Inom parentes visas antalet opererade för år 2022. Den röda horisontella linjen är medianen av antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor år 2022 för riket.

Ovanstående figur visar var i landet det opereras fler eller färre intrauterina ingrepp jämfört med medeltalet för landet per 10 000 kvinnor för åldern 30–70 år. Man kan tycka att det borde vara jämnt fördelat per 10 000 kvinnor oavsett region, men så är inte fallet. Detta är ett område jag fortsatt vill titta vidare på, varför ser det ut så här och vad handlar det om i praktiken.

**Antal intrauterinaoperationer/10 000 kvinnor (30-70 år)
där patienterna är opererade**



Figur 5. Antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor (30–70 år) utifrån var patienterna är opererade hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021 och 2022.

Denna figur är ny för i år. Kartorna visar antal operationer per 10 000 kvinnor i riket utifrån var patienten är opererad. Är en region blå görs det färre operationer än medeltalet för landet, är den orange så görs det fler operationer än medeltalet för landet och om den är vit så görs det lika många som medeltalet för landet.

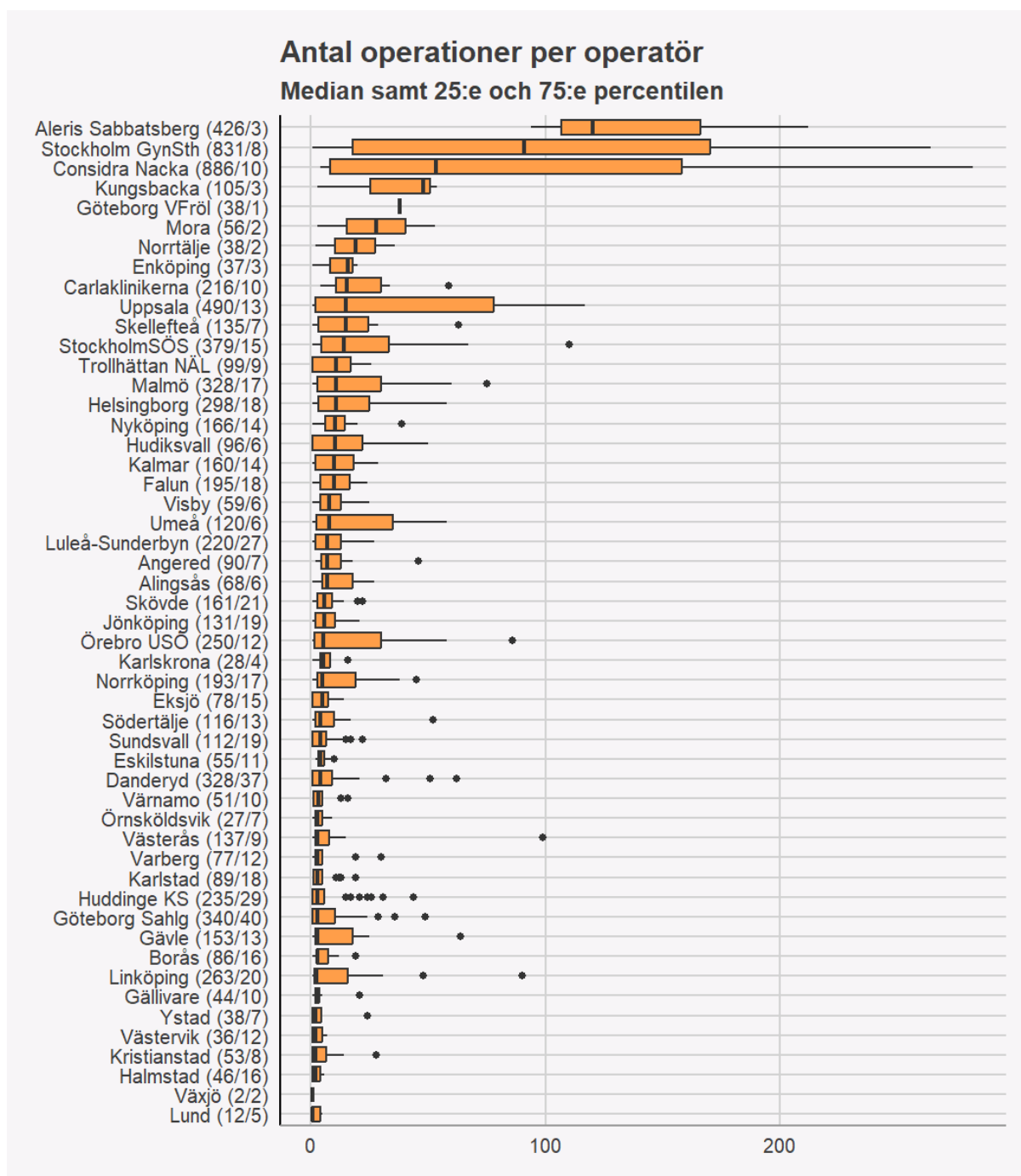
**Antal intrauterinaoperationer/10 000 kvinnor (30-70 år)
där patienterna är skrivna**

2021

2022

1 26 46

Vi tittar också på om patienterna opereras där de är skrivna. Som nämndes i inledningen är det inget som kan urskiljas när det gäller intrauterin kirurgi, dvs. det är inte så vanligt att patienter reser till en annan region för att genomgå en intrauterin operation, i jämförelse med många andra gynekologiska ingrepp.

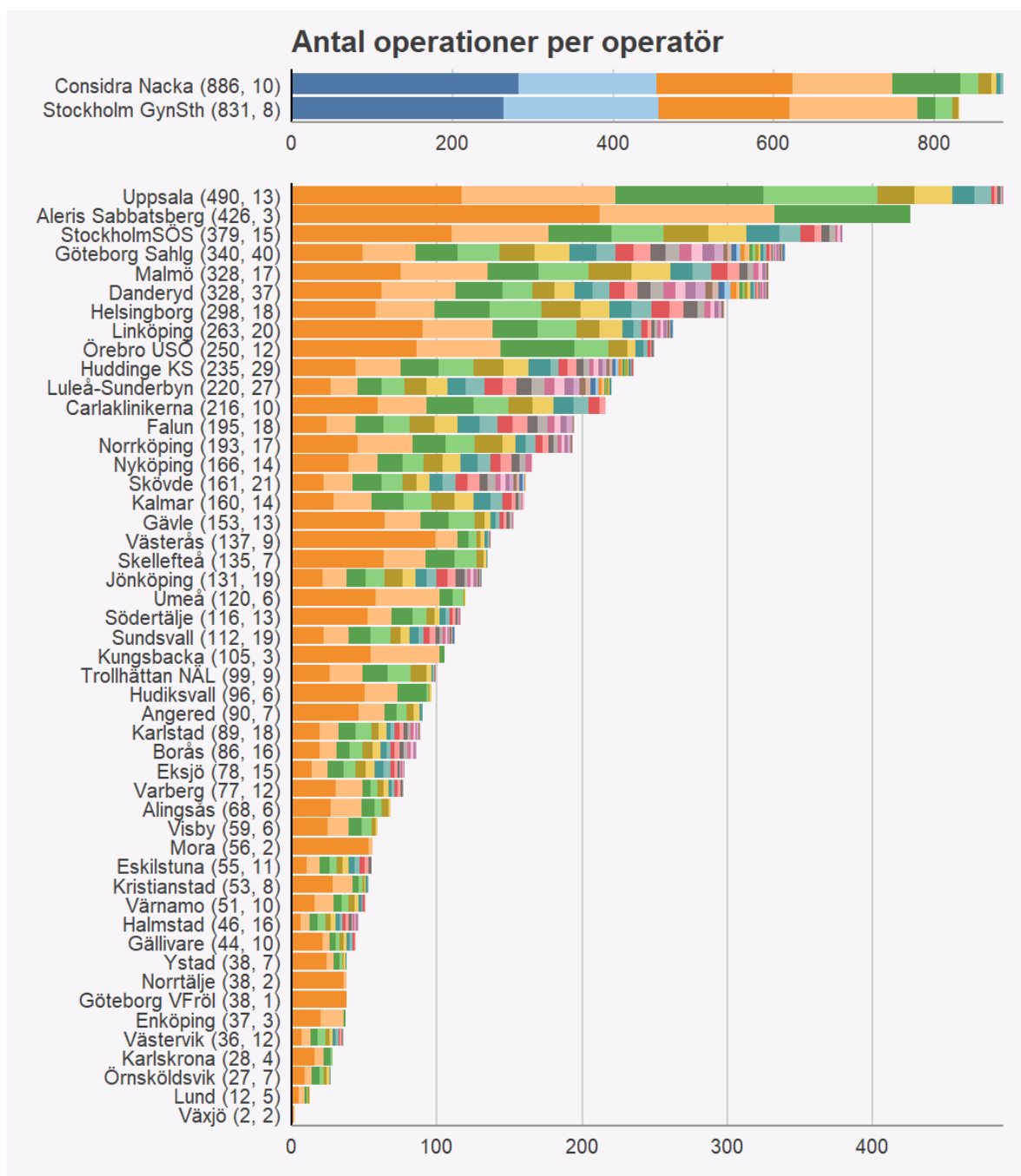


Figur 7. Antal operationer per operatör. Opererade/antal operatörer inom parentes efter klinikanamnet

En generell inställning när det gäller kirurgi är att en operatör bör utföra operationer med en viss regelbundenhet. För olika ingrepp finns en definition för hur många ingrepp av en viss sort en operatör bör göra per år för en bibehållen patientsäkerhet. Detta är inte definierat i antal för intrauterin kirurgi.

Ovanstående figur (figur 7) illustrerar att många operatörer gör få ingrepp, men också att enstaka operatörer gör väldigt många.

Komplikationer vid intrauterin kirurgi ligger på en låg nivå, så det går inte att dra någon slutsats att få ingrepp per operatör skulle ge en ökad komplikationsrisk vid intrauterin kirurgi.



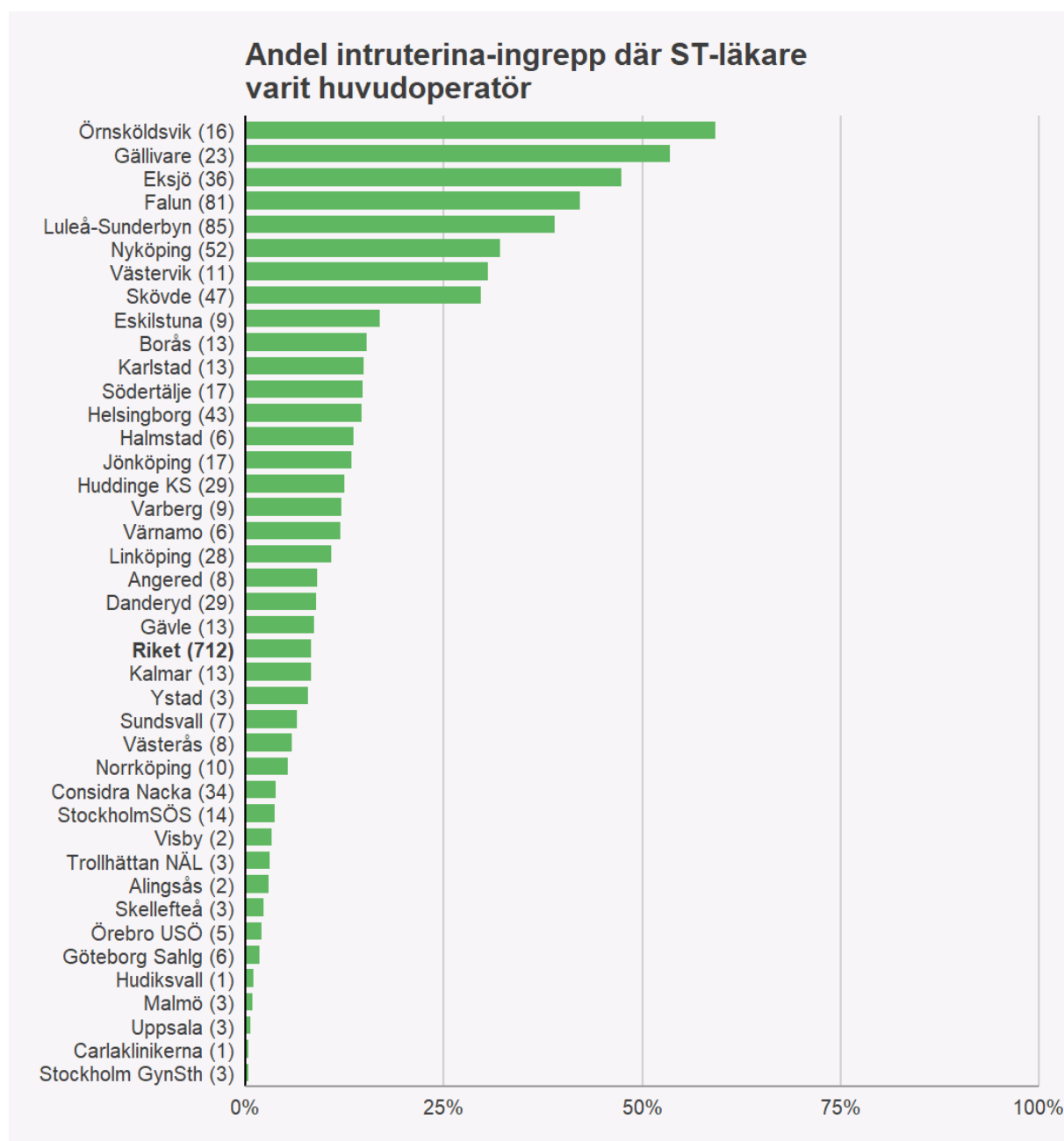
Figur 8. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikkens stapel.

En annan figur som visar antal operationer per operatör. Här kan vi också urskilja högproduktionsklinikerna och hur det är uppbyggt där med få operatörer med många ingrepp. Här visas att det finns en del kliniker som har relativt många operatörer med få ingrepp, så vi kan utgå från att detta sannolikt inte är specialister som opererar utan att det även handlar om utbildning.

GynOp har därför infört en obligatorisk variabel i operationsformuläret för all gynekologisk kirurgi om och hur ST-läkare deltagit, för att få en uppfattning om utbildningen och om "ge kniven vidare" fungerar i praktiken.

ST-läkare

En ny variabel för om ST-läkare varit med vid operation infördes i GynOp 2022-01-12 med svarsalternativen "Nej", "Ja som assistent" och "Ja, som huvudoperatör".



Figur 9. Andel intrauterina ingrepp där ST-läkare varit **huvudoperatör**, uppdelat på kliniknivå. Antal operationer där ST-läkare varit huvudoperatör inom parentes efter kliniknamnet.

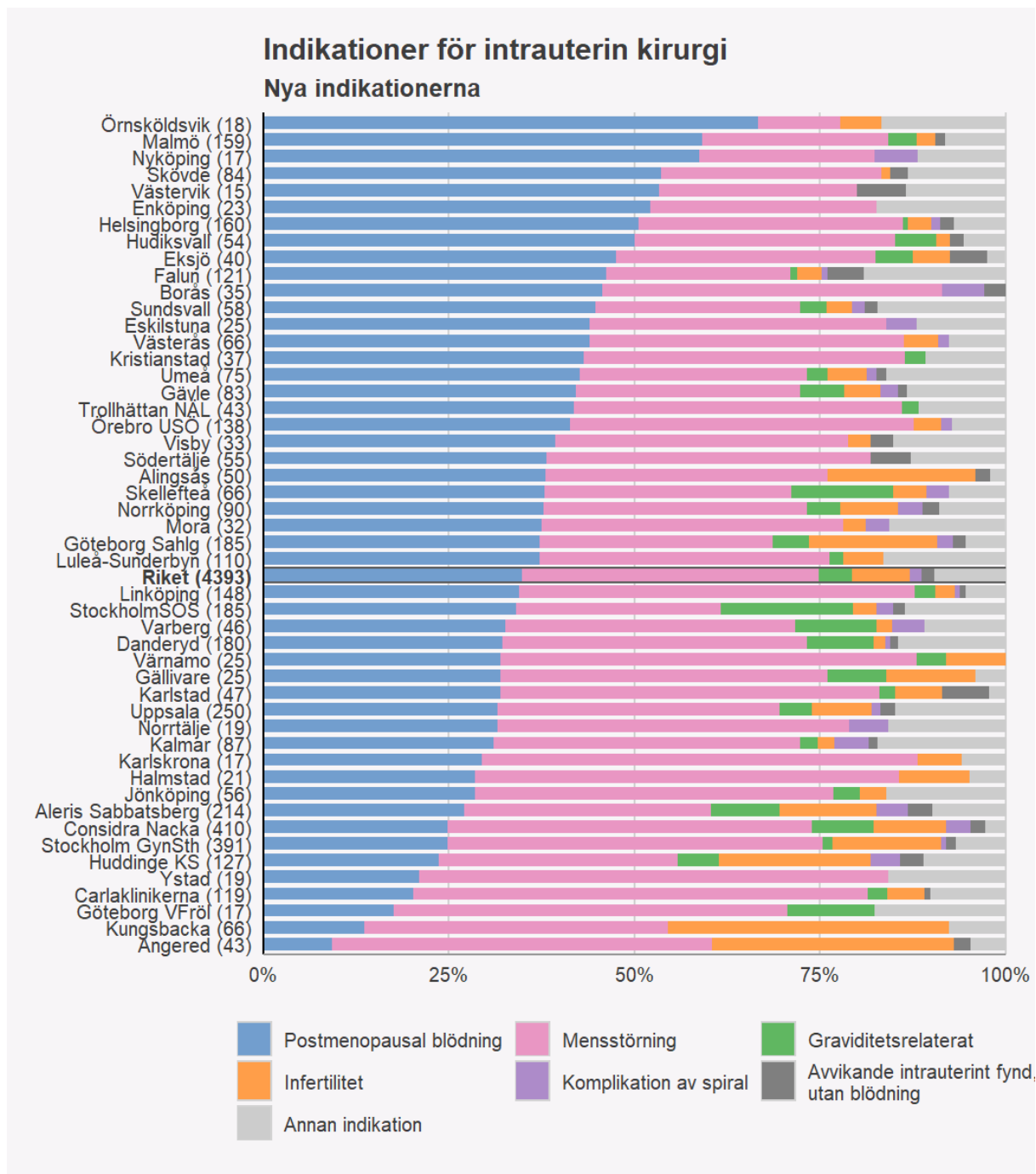
Två kliniker kommer över 50% avseende att ST-läkare varit huvudoperatör, majoriteten av klinikerna hamnar under 25% med ST-läkare som huvudoperatör av alla utförda intrauterina operationer. Jämförelse med föregående bild visar att de kliniker som ligger högt i antal med antal utförda ingrepp, har låga siffror i antal ingrepp utfört av ST-läkare.

Detta är dock något förväntat avseende intrauterin kirurgi. Det är troligen en typ av ingrepp som inte alltid hinns med att lära sig under ST-tiden på många kliniker, ofta är det först som färdig specialist som läkaren börjar med dessa ingrepp. Inte alla opererande kliniker har ST-läkare heller. Förbättringspotential finns säkert, mycket med tanke på att intrauterin kirurgi ökar så av antalet utförda gynekologiska operationer i Sverige.

Indikationer

De nya indikationerna infördes 2022-04-26. Anledning till nya indikationer var att det var väldigt spretigt hur indikationer registrerades tidigare och de ändrades därför med förhoppning om förbättring. Det finns skrivet i årsrapport för år 2021 (sidan 11–13) om hur alla indikationer kunde registreras överallt.

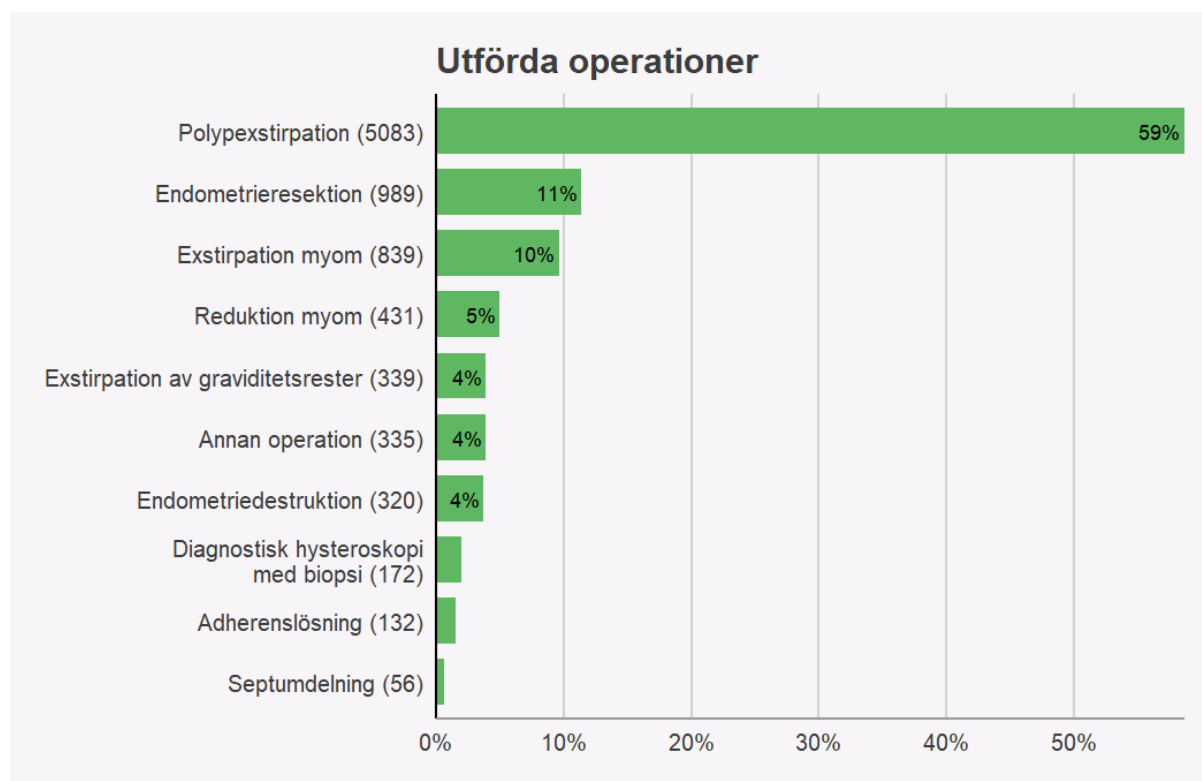
Med de nya indikationerna hoppas vi på mer enkelhet vid val av indikation. Resultatet, om detta blir enklare, får vi titta på i nästa års rapport, eftersom vi inte har data för ett helt års ännu. Vanlig enkel spiraluttagning med hjälp av hysteroskop behöver inte registreras, men är det så att det är en spiral som sitter fast, som penetrerat livmodermuskulaturen, har gått av i någon vinge etcetera, så är det bra att registrera den operationen. Dessutom fick vi faktiskt lägga till ytterligare en indikation i slutet på året, det framkom vid ett BENK-argmöte att den saknades, så då korrigerades det.



Figur 10. Indikationer för intrauterin kirurgi

Typ av operation som utförts

I figuren och tabellen nedan (utförda operationer) summerar andelarna till mer än 100 %. Detta sker eftersom en patient kan ha genomgått mer än en åtgärd vid samma operationstillfälle.



Figur 11. Utförda operationer

Årets tabell är slående lik föregående års tabell av utförda operationer! Vi tar dock härnäst inte med diagnostisk hysteroskopi och abrasio i redovisningen, då budskapet att de inte ska registreras i GynOp gäller.

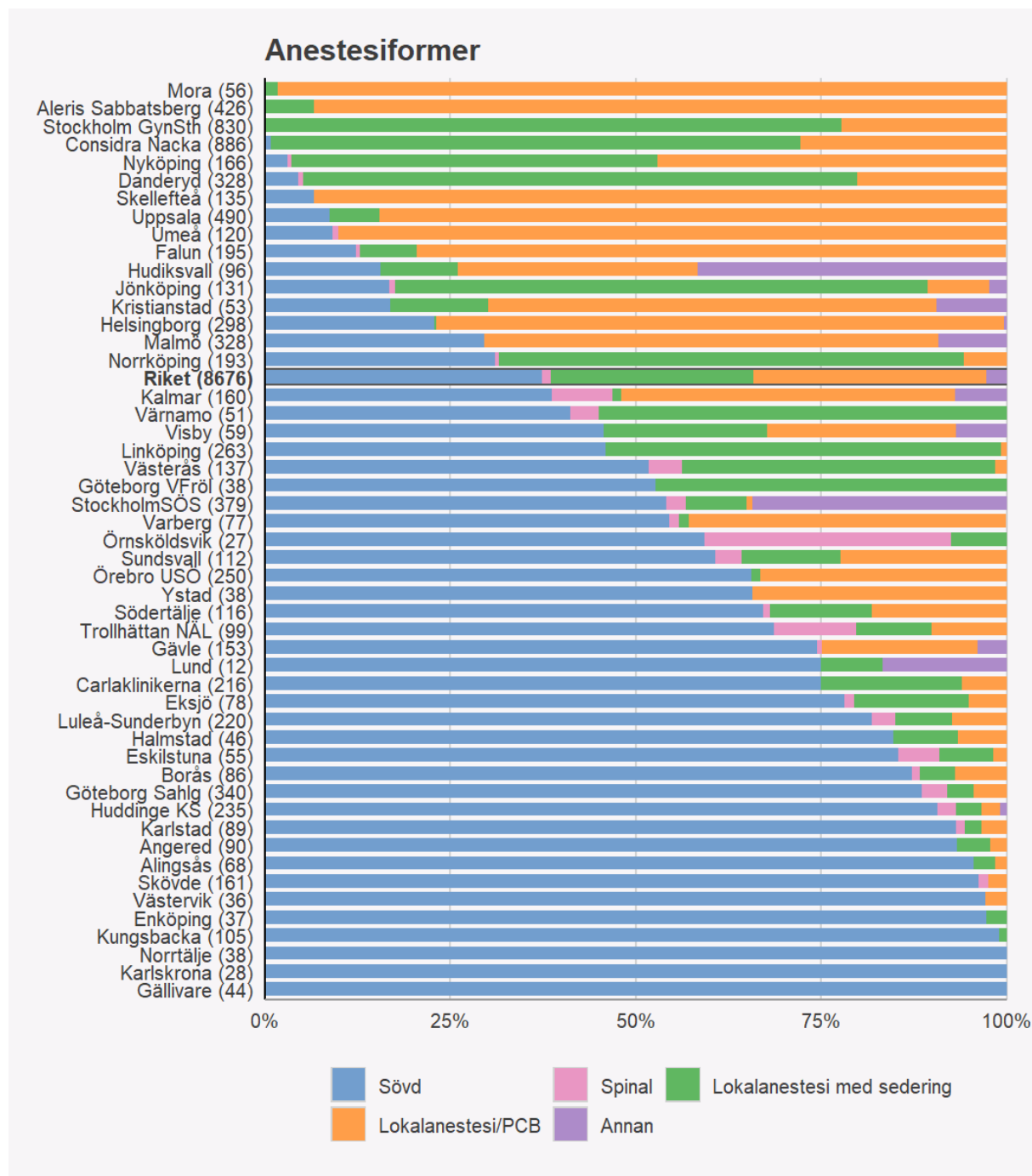
Tabell 1. Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypekstirpation	5083	58.6%
Endometriresektion	989	11.4%
Exstirpation myom	839	9.7%
Reduktion myom	431	5.0%
Exstirpation av graviditetsrester	339	3.9%
Annan operation	335	3.9%
Endometriedestruktion	320	3.7%
Diagnostisk hysteroskopi med biopsi	172	2.0%
Adherenslösning	132	1.5%
Septumdelning	56	0.6%

Anestesi

Tabell 2. Anestesiformer sorterade på förekomst

Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	3249	37.4%
Lokalanestesi med sedering	2364	27.2%
Lokalanestesi	1648	19.0%
PCB	1083	12.5%
Annan	234	2.7%
Spinal	98	1.1%



Figur 12. Anestesiformer

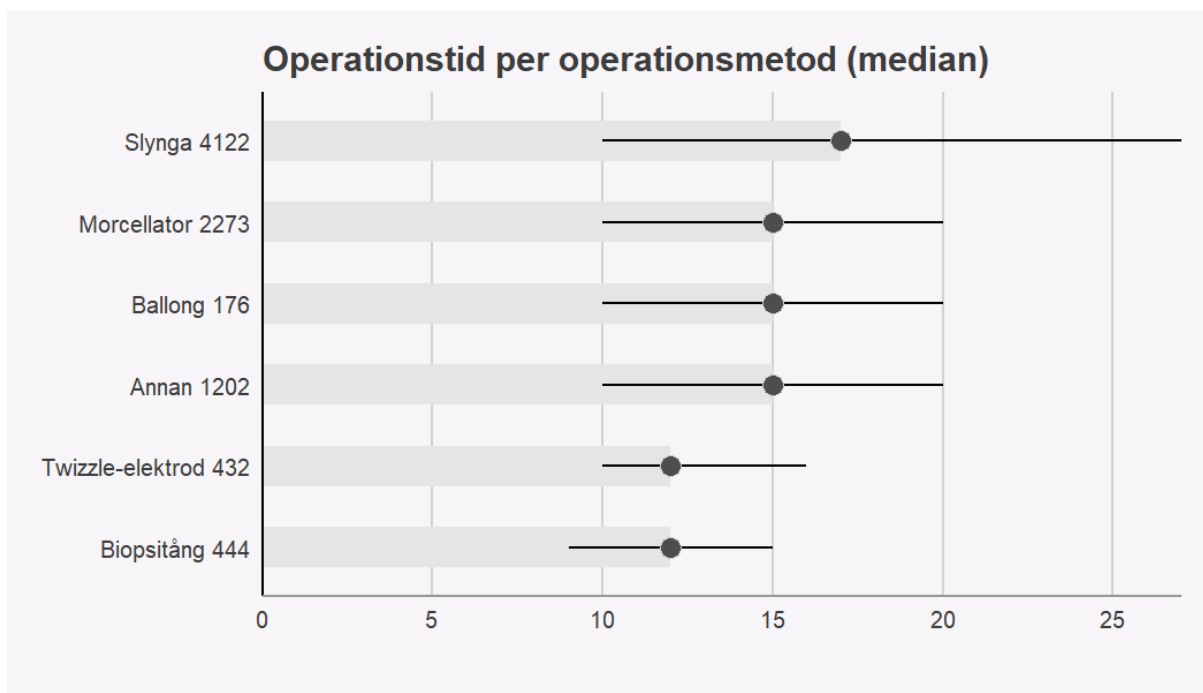
Vald anestesiform fortsätter visa en bild av att allt fler ingrepp görs utan behov av sövning. År 2021 var det 39,8 % som sövdes för ett ingrepp, år 2022 är den siffran 37,4%. Intressant nog minskar också lokalanestesi med sedering från 29,9% år 2021 till 27,2% år 2022. Det vore troligt att den siffran i stället skulle öka, när färre blir sövda. I stället ser vi i att ren lokalanestesi, PCB, ökar från 26.6% år 2021 till 31,5 % 2022. Detta får jämföras med patientnöjdhet av utförd operation längre fram i rapporten!

Tabell 3. Vad har angetts under Anestesi = Annan?

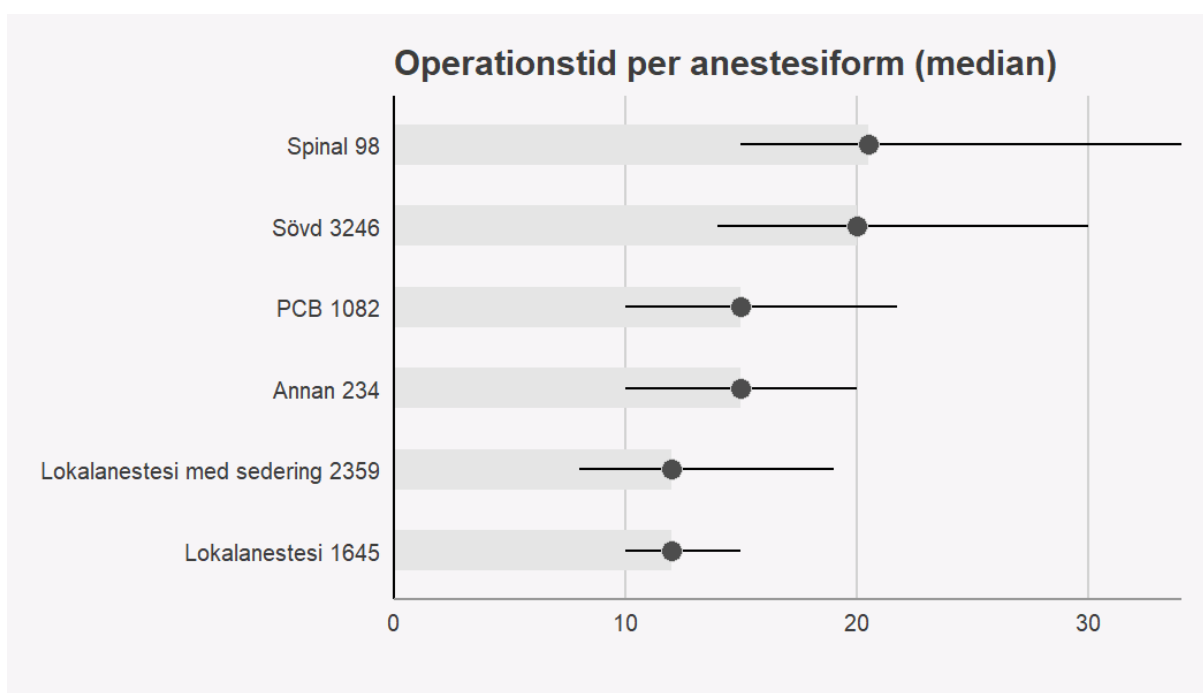
Anestesi	Antal
Inget	98
Sedering	76
Cervixblockad	24
Uppgift saknas	5
Alvedon och ipren	3
Cervixdilatation	3
Ingen la	3
Lustgas	3
Verbal anestesi	3
Alvedon	1
Alvedon ipren	1
Alvedon/naproxen	1
Endast lokal bedövning.	1
Endast lokal paracervikal blockad	1
I.v. Propofol	1
Lätt sedering	1
Myosure lite	1
Osäker på vad	1
Pcb, sedering	1
Per oral premed.	1
Premedicinering	1
Propofol sedering	1
Sedation med propofol	1
Sederng	1
Vet ej	1

Valet "Annan", ger fortsatt en intressant registrering med varierande metoder. "Osäker på vad", är ju lite spännande i denna rapportering! Vi har precis som tidigare en betydande andel i "Annan" som är *Ingen* anestesi. "Ingen anestesi" kommer att finnas som val i nya operationsformuläret under anestesimetod för att förenkla registreringen.

Fortsatt saknas "fundusblockad", vilket jag trodde skulle komma med här under Annan, då jag skrev i föregående årsrapport att det gärna får registreras under Annan. För jag är säker på att det görs en hel del fundusblockader på mottagningsoperation, där det görs endometrieablation/-destruktion. Registrera "fundusblockad" om du lägger det, under Annan anestesimetod. Det kommer bli mycket enklare med anestesimal generellt i nya operationsformuläret i INCA.



Figur 13. Operationstid per operationsmetod (median)

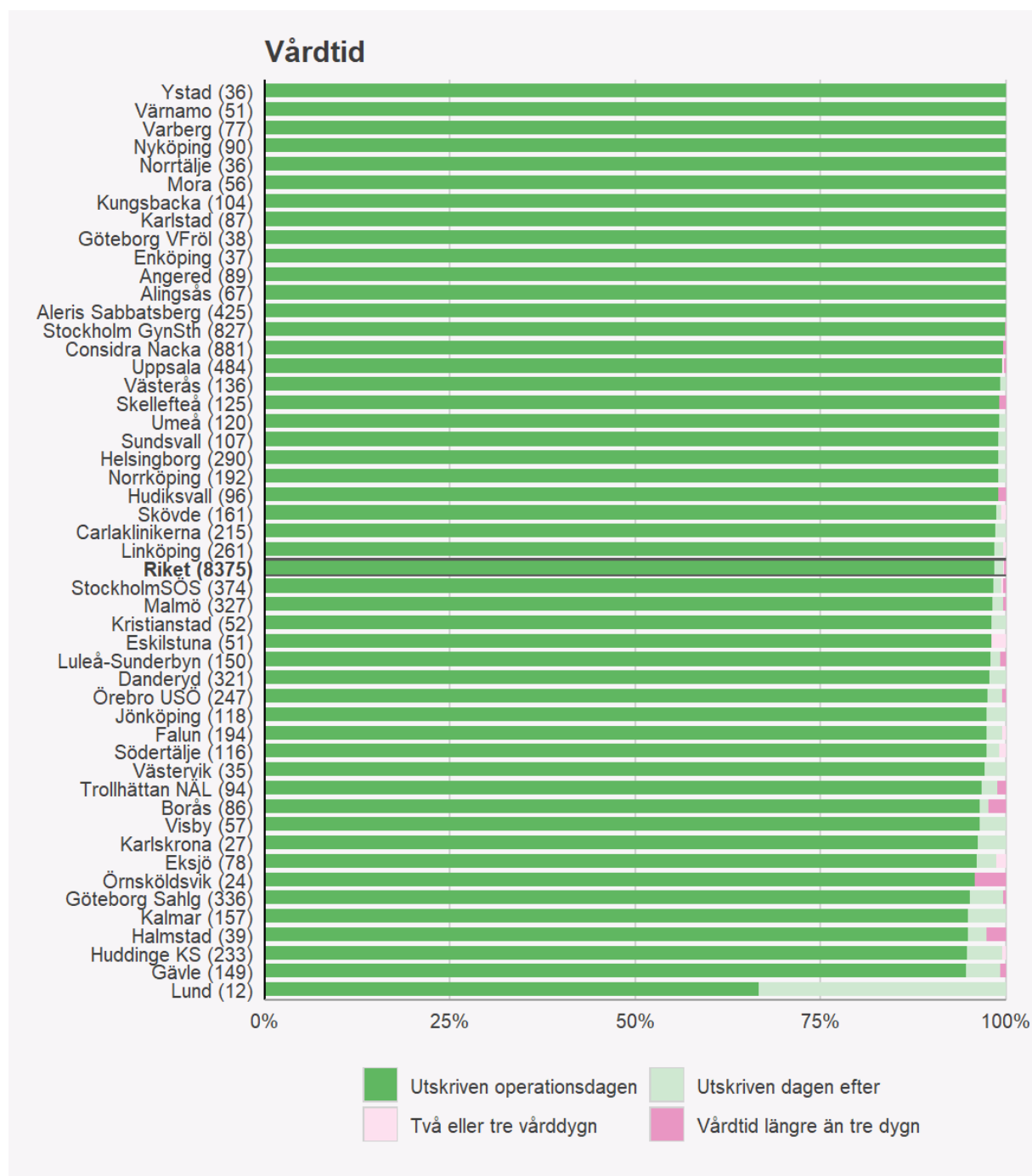


Figur 14. Operationstid per anestesiform (median)

Operationstiden för intrauterin kirurgi är i median under eller på 20 minuter. Ballong som det redovisas nu är ju både ballong och Novasure, men Novasure anges också under Annan. I den nya operationsmallen försvinner ju denna oklarhet var Novasure ska registreras, där blir det uppdelat i hysteroskopi och endometriedestruktion och valen ballong eller Novasure kommer finnas.

PCB separat och lokalanestesi separat är förvirrande, detta kommer bli tydligare också i ny mall förhoppningsvis. Arbete pågår med översyn av *Anestesimetoder*, som kommer gälla för alla delregister när det är genomgången i Styrgruppen i GynOp.

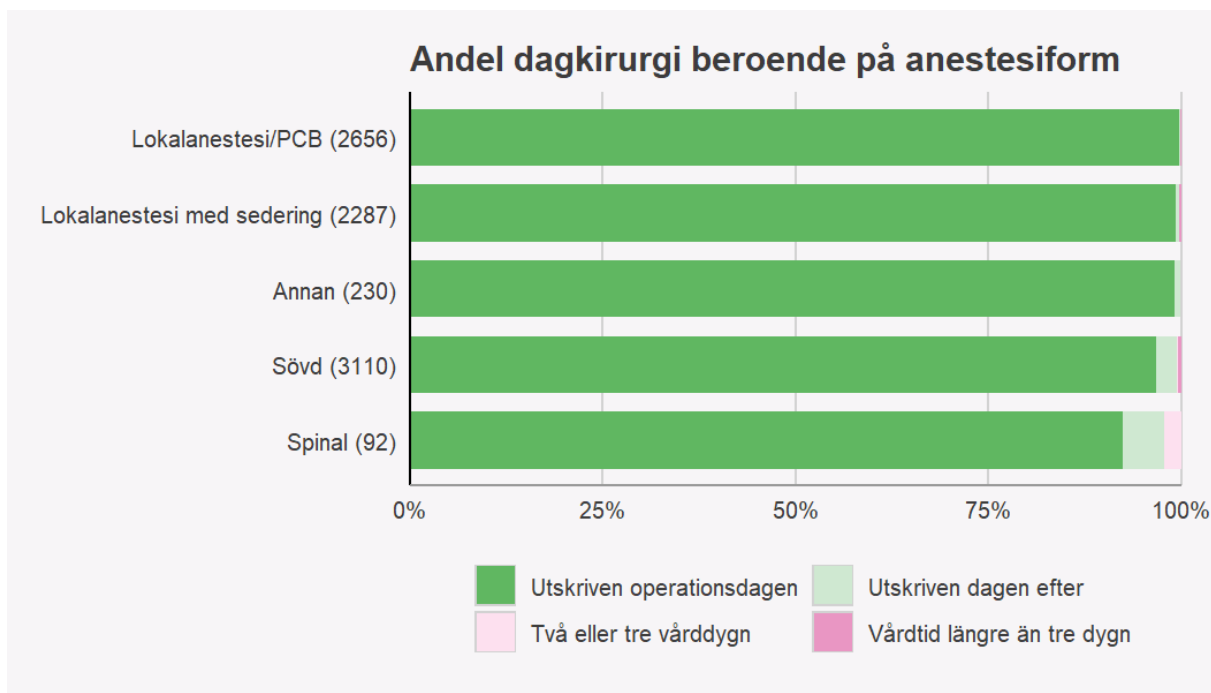
Vårdtid



Figur 15. Vårdtid

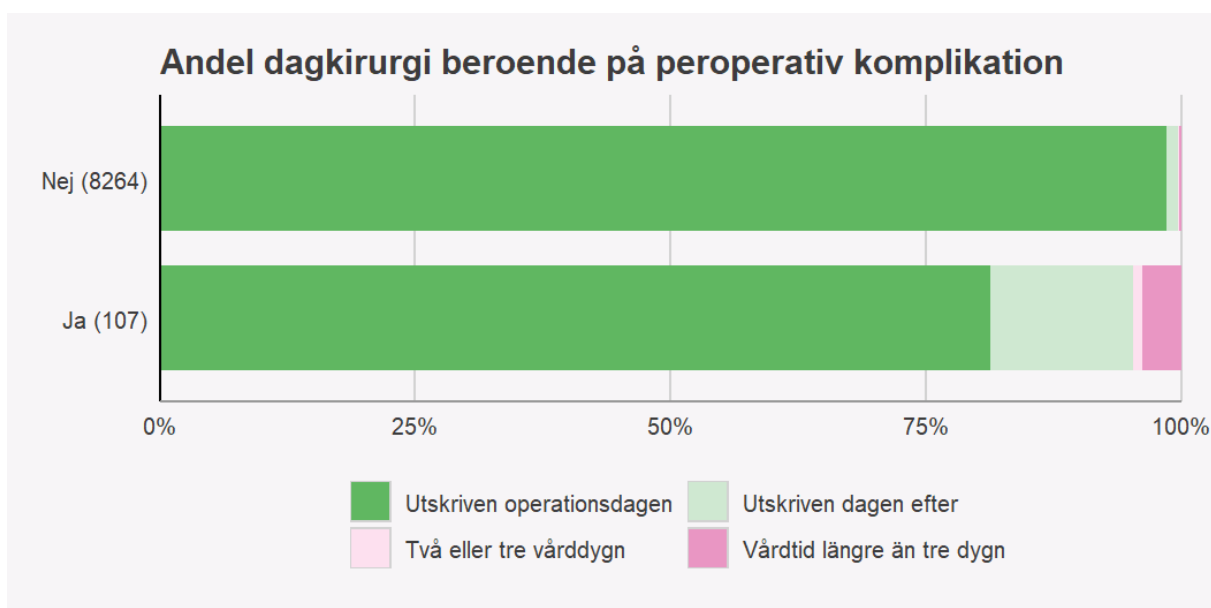
Tabell 4. Vårdtid

Vårdtid	Antal	Total	Andel
Utskriven operationsdagen	8243	8375	98.4%
Utskriven dagen efter	104	8375	1.2%
Två eller tre vård dygn	9	8375	0.1%
Vårdtid längre än tre dygn	19	8375	0.2%



Figur 16. Andel dagkirurgi beroende på anestesiform

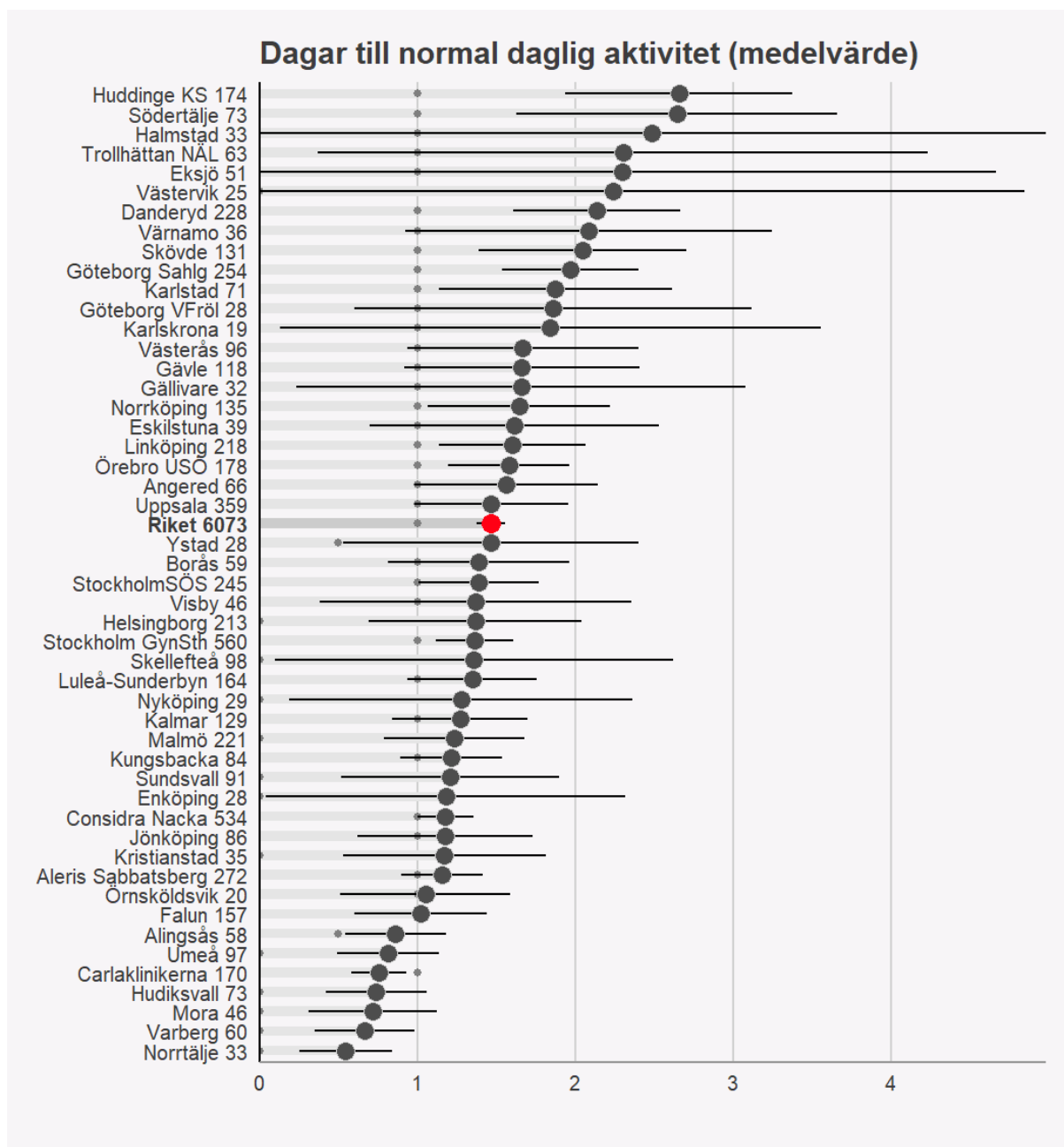
Spinalanestesi kopplas många gånger till att det används som anestesimetod vid högre ASA-klass på grund av till exempel hjärt-kärlsjukdom, vid nedsatt lungfunktion eller högre BMI. Detta kan många gånger innebära längre vårdtid, men 85–95% går ändå hem operationsdygnet.



Figur 17. Andel dagkirurgi beroende på peroperativ komplikation

Även vid peroperativ komplikation (cirka 107 patienter) kan de flesta gå hem operationsdygnet. Runt 5 % av de som fått en peroperativ komplikation behöver längre vårdtid för korrigering av komplikationen.

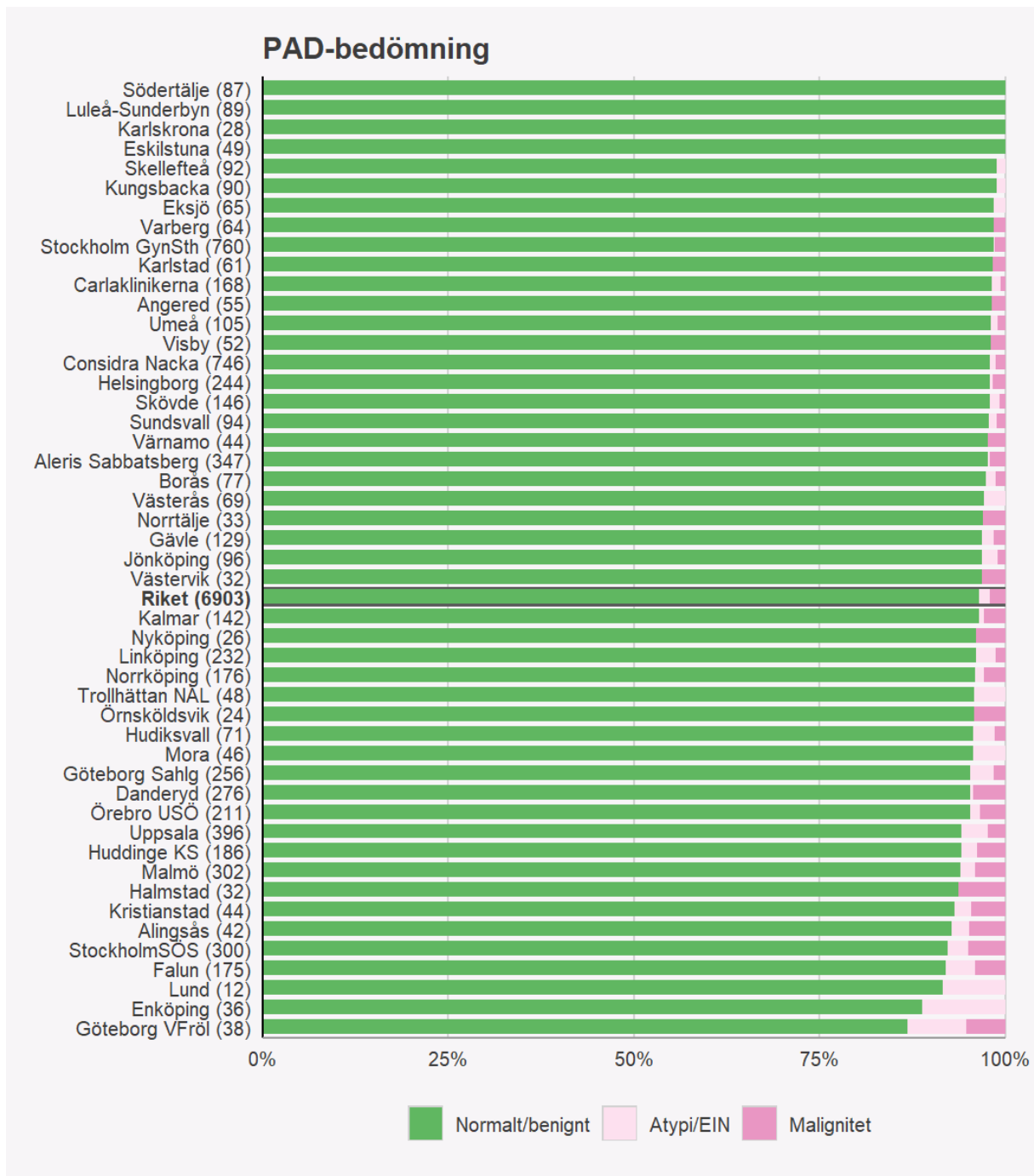
Tid till normal ADL



Figur 18. Dagar till normal daglig aktivitet (medelvärde). Den lilla grå pricken visar medianvärdet och den stora pricken visar medelvärdet.

Värdet för riket för tid till normal ADL var 1,5 dag, median 1 dag.

Intrauterin kirurgi ger sällan upphov till behov av sjukskrivning, det görs enbart om andra faktorer i hälsotillståndet föranleder det samt om komplikation inträffar som ger ett längre återhämningsförlopp än det förväntade.



Figur 19. PAD-bedömning

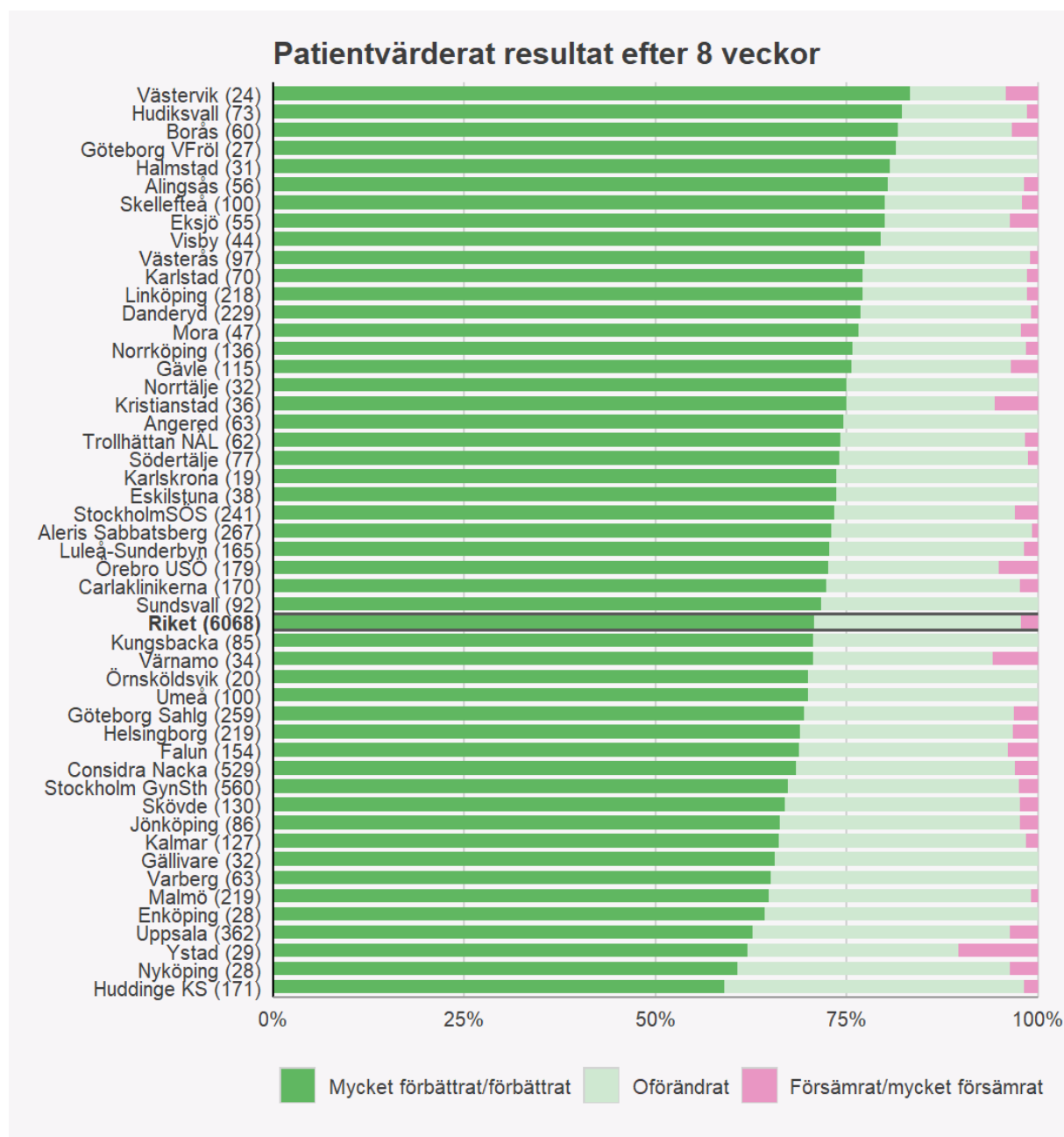
Tabell 5. PAD-bedömning

PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	6660	6903	96.5%
Malignitet	142	6903	2.1%
Atypi/EIN	101	6903	1.5%

Tidigare delas PAD-resultat in i flera grupper, där benämningen precancerös var något oklar vad det stod för. PAD-bedömningen är nu indelad i 3 grupper: benigt, malignt och så en tredje grupp som kan vara *atypi* i någon vävnad, till exempel i en polyp eller *EIN*, (endometrial intraepitelial neoplasia)

som numer används av patologer i stället för tidigare benämningar av endometriehyperplasi *med* atypi. (enkel, komplex osv.)

Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation

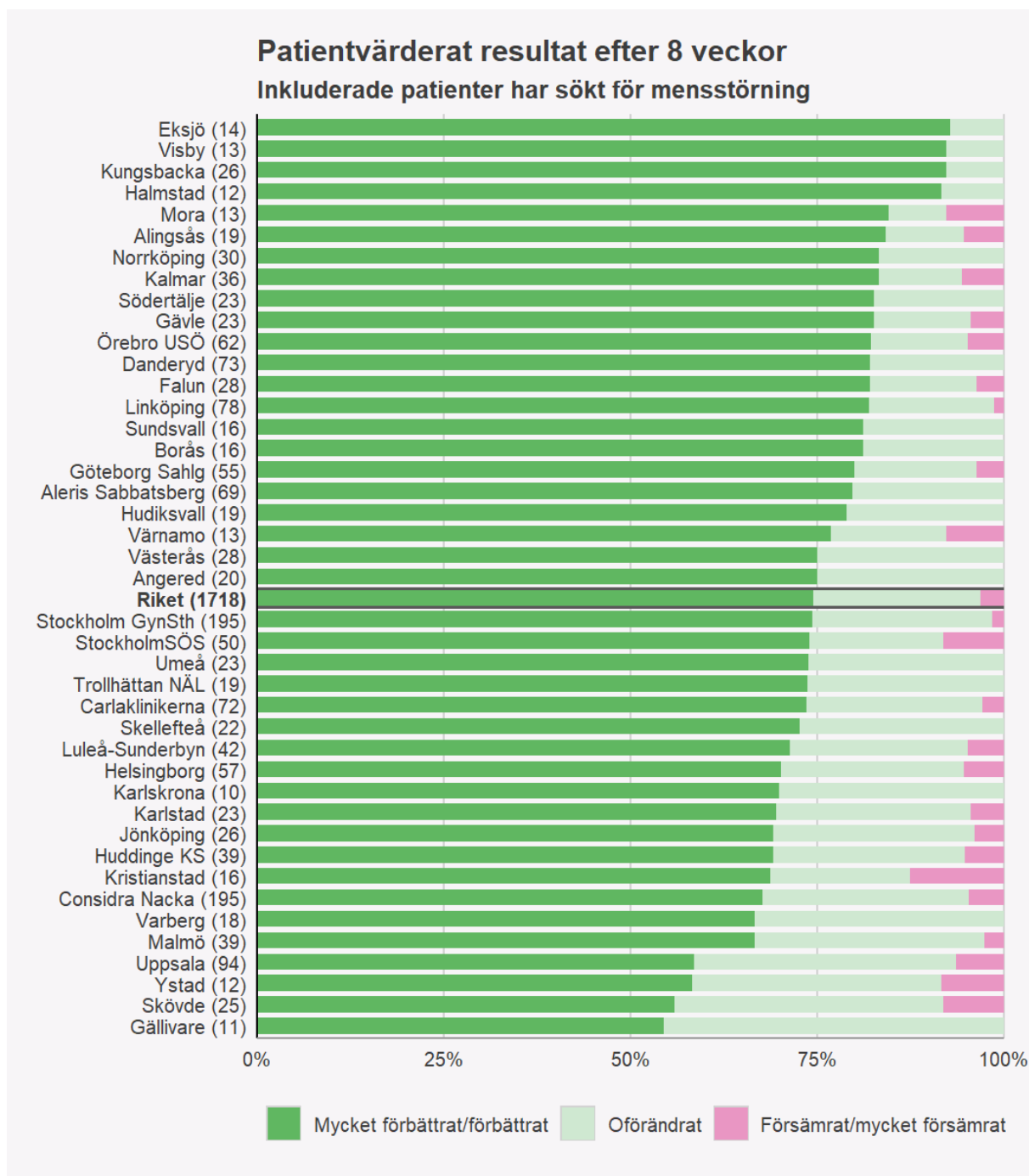


Figur 20. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Det är ingen nämnvärd skillnad på patientvärderat resultat 8 veckor efter operationen i jämförelse med tidigare år. Det är lite över 70% som upplever sig förbättrade och som tidigare en rätt stor grupp som upplever tillståndet oförändrat. I jämförelse med föregående en liten mindre procent som upplever tillståndet försämrat (2,5% 2021 jämfört med 2,2% 2022).

Tabell 6. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

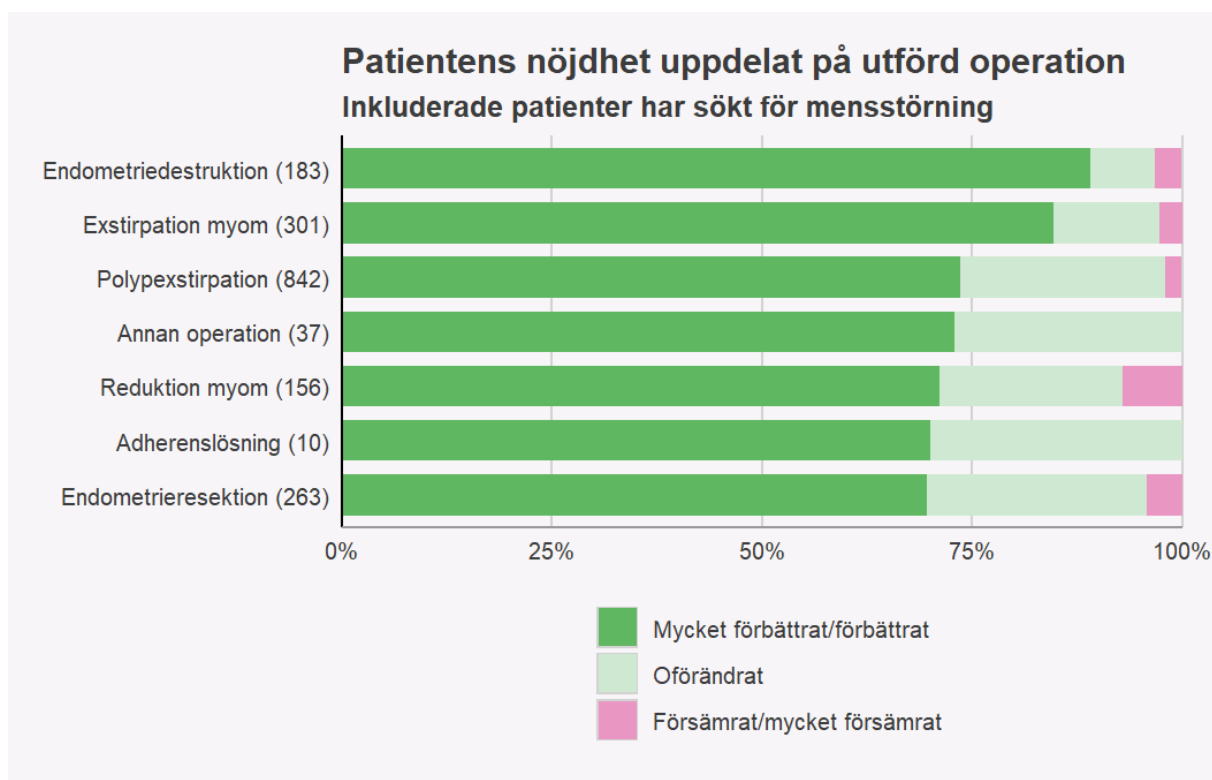
Tillstånd efter 8v	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	4297	6068	70.8%
Oförändrat	1637	6068	27.0%
Försämrat/mycket försämrat	134	6068	2.2%



Figur 21. Patientvärderat resultat efter 8 veckor.

De patienter som sökt för mensstörning tittades lite närmare på vad gäller patientnöjdhet. Fortsatt är gruppen med oförändrat tillstånd relativt betydande, men det ses en klart ökad andel som upplever sig förbättrade jämfört med alla sökorsaker. Önskvärt vore ju att andel försämrade minskade också jämförbart, men det ser rätt lika ut. I den gruppen som ej är nöjd hittas bland annat de som inte uppnått blödningsfrihet eller blödningskontroll och selekteras det ut mer som i följande figur så hittas sannolikt de som går vidare till hysterektomi på grund av mensstörning här.

Ser resultatet likvärdigt ut även nästa år tänker jag att vi kan göra en djupanalys, detaljgranskning av detta, för bättre kunskap om anledningen till att patienterna upplever sig försämrade!



Figur 22. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

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".

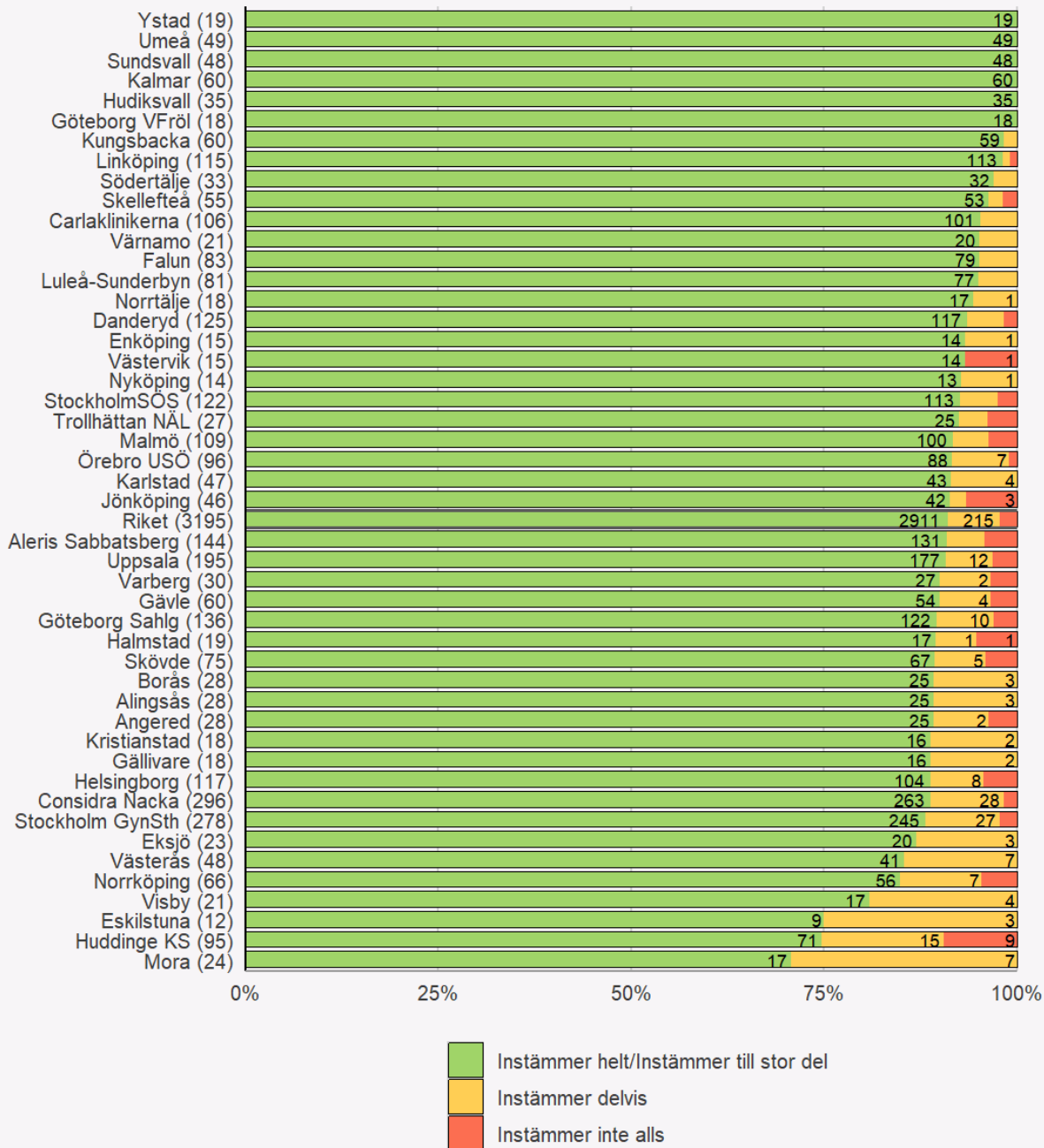
Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 7. 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	28	2774	1.0%
Av ganska stor betydelse	196	2774	7.1%
Av stor betydelse	845	2774	30.5%
Av allra största betydelse	1705	2774	61.5%

Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten

Så här var det för mig

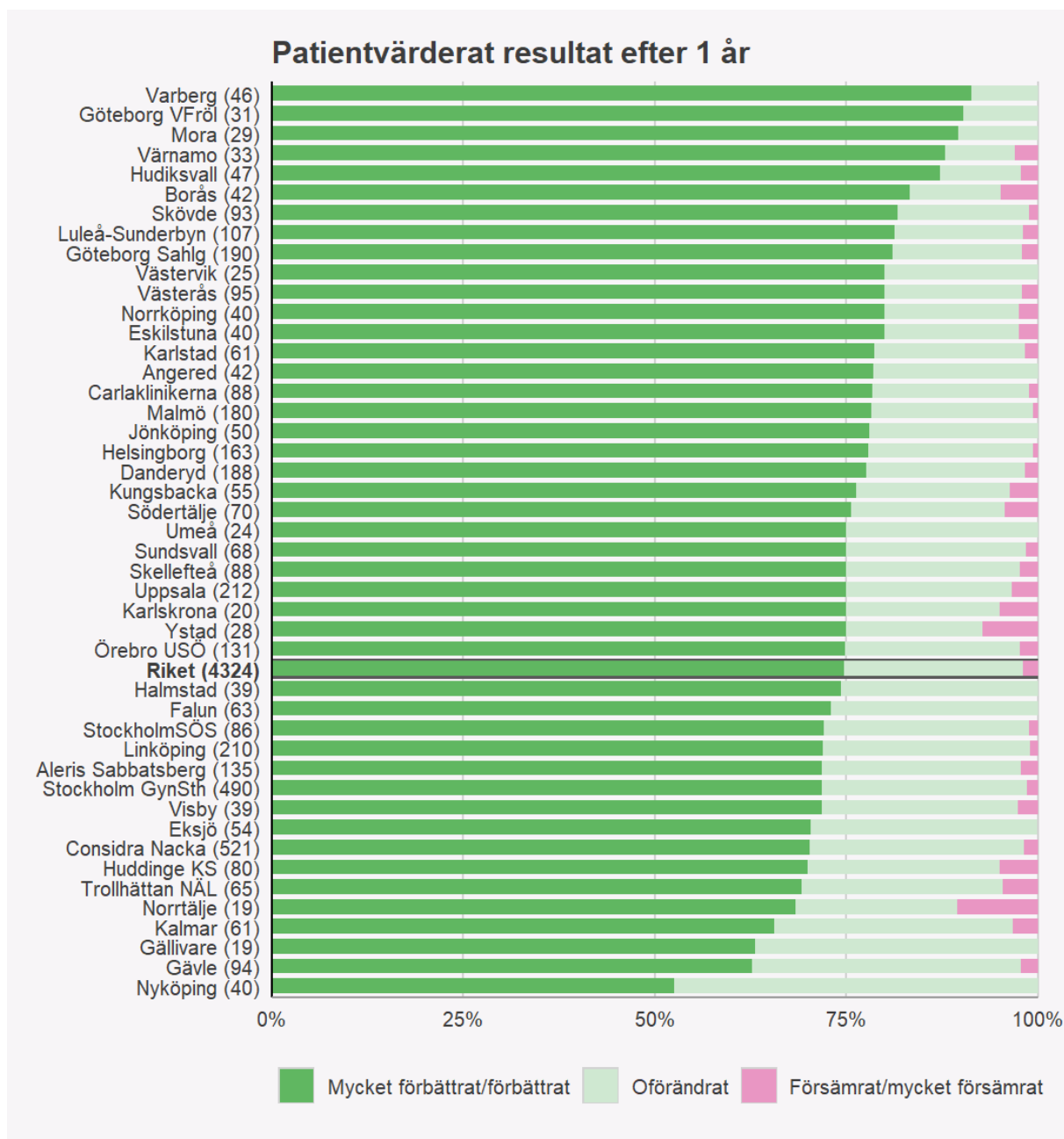


Figur 23. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig

Av de patienter som svarat på frågan "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten", så var det 92% som ansåg att det var av allra största/stor betydelse att få en bra information (tabell 7) och 95% som instämde helt/till stor del om att de även hade fått en bra information (figur 23).

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år

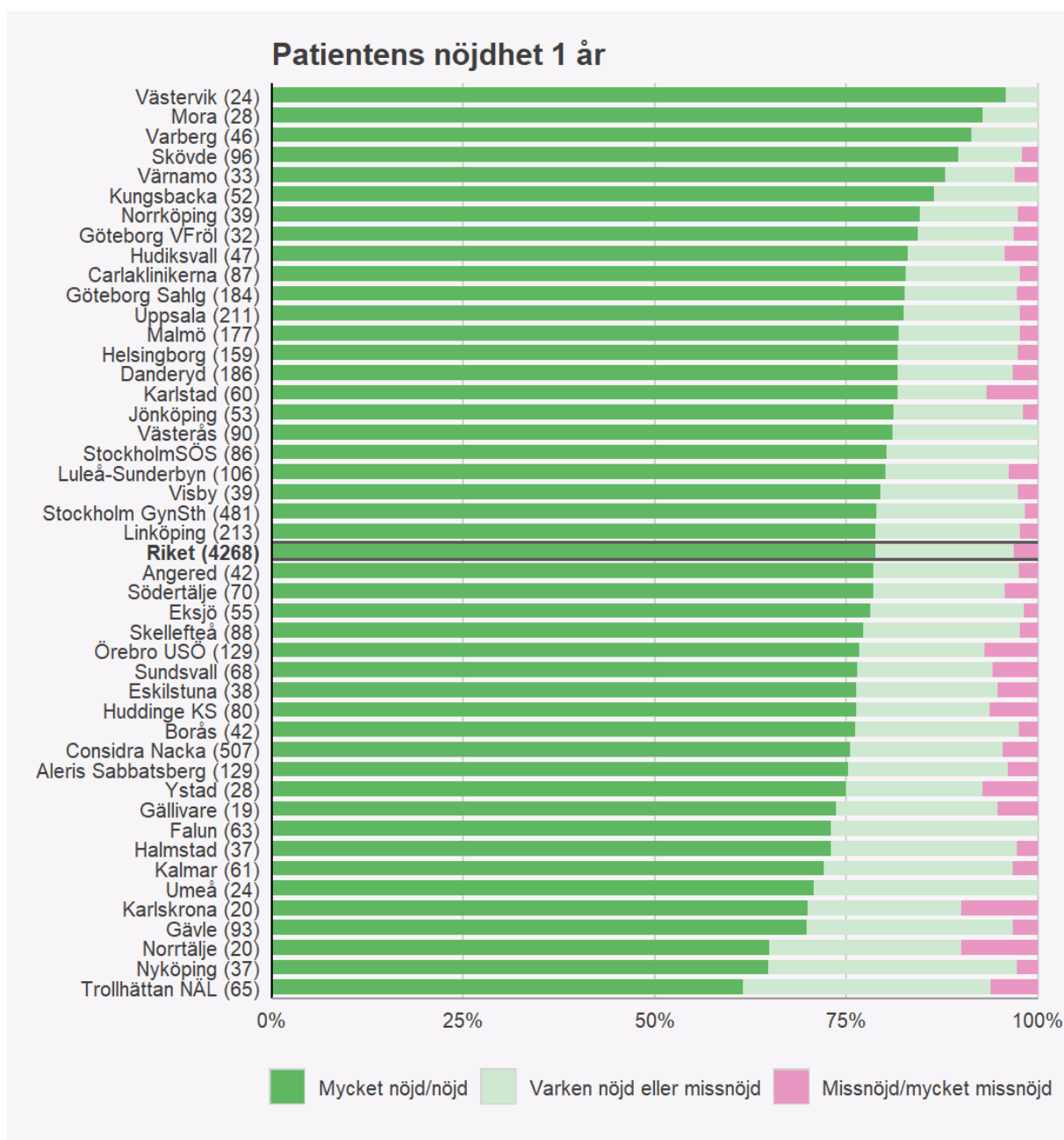


Figur 24. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tabell 8. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3234	4324	74.8%
Oförändrat	1010	4324	23.4%
Försämrat/mycket försämrat	80	4324	1.9%

Nöjdhet efter 1 år

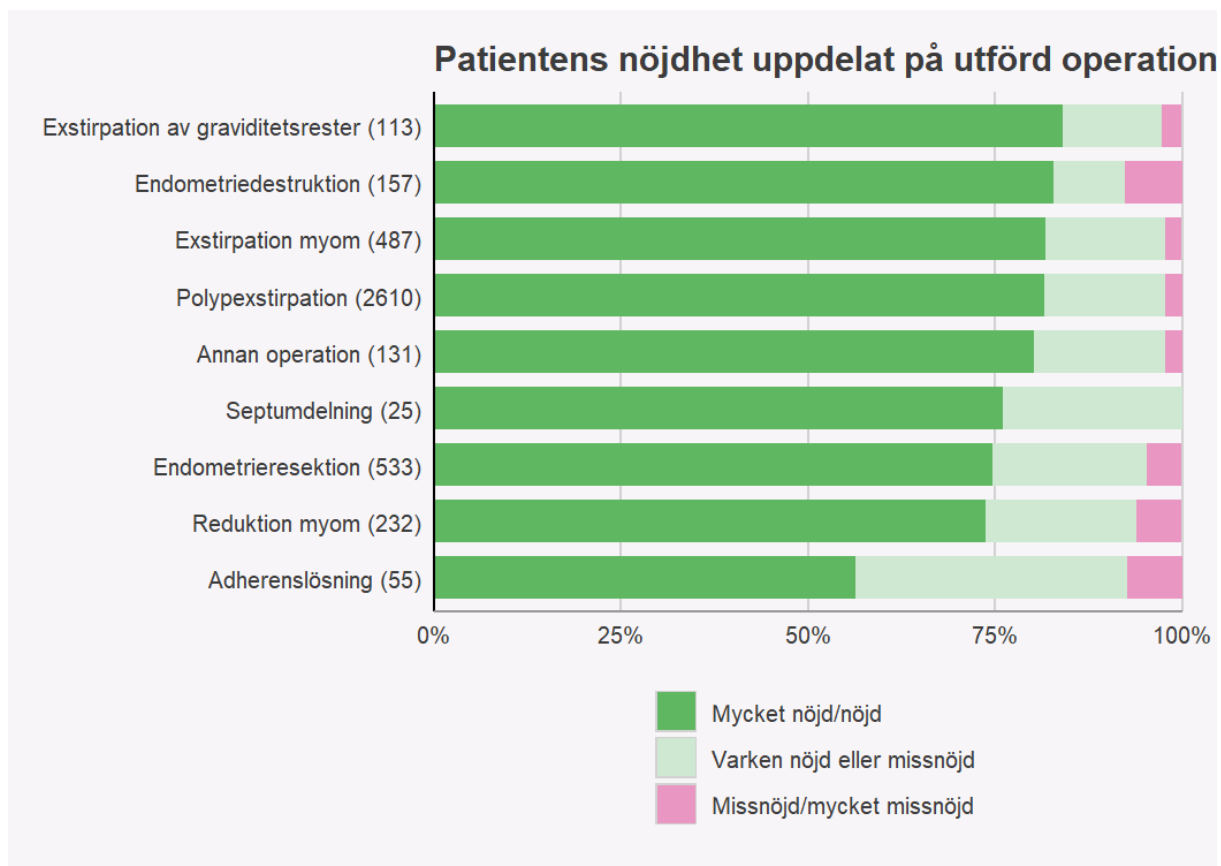


Figur 25. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 9. Patientens nöjdhet 1 år

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	3366	4268	78.9%
Varken nöjd eller missnöjd	770	4268	18.0%
Missnöjd/mycket missnöjd	132	4268	3.1%

Det är helt jämförbara resultat på patientvärderat resultat och patientnöjdhet efter 1 år från 2020 och 2021. Enda noteringen att reflektera över är att nöjdheten hamnat under 80%, vilket är ett observandum att följa framöver. (2020 81%, 2021 78,9%)



Figur 26. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

Komplikationer

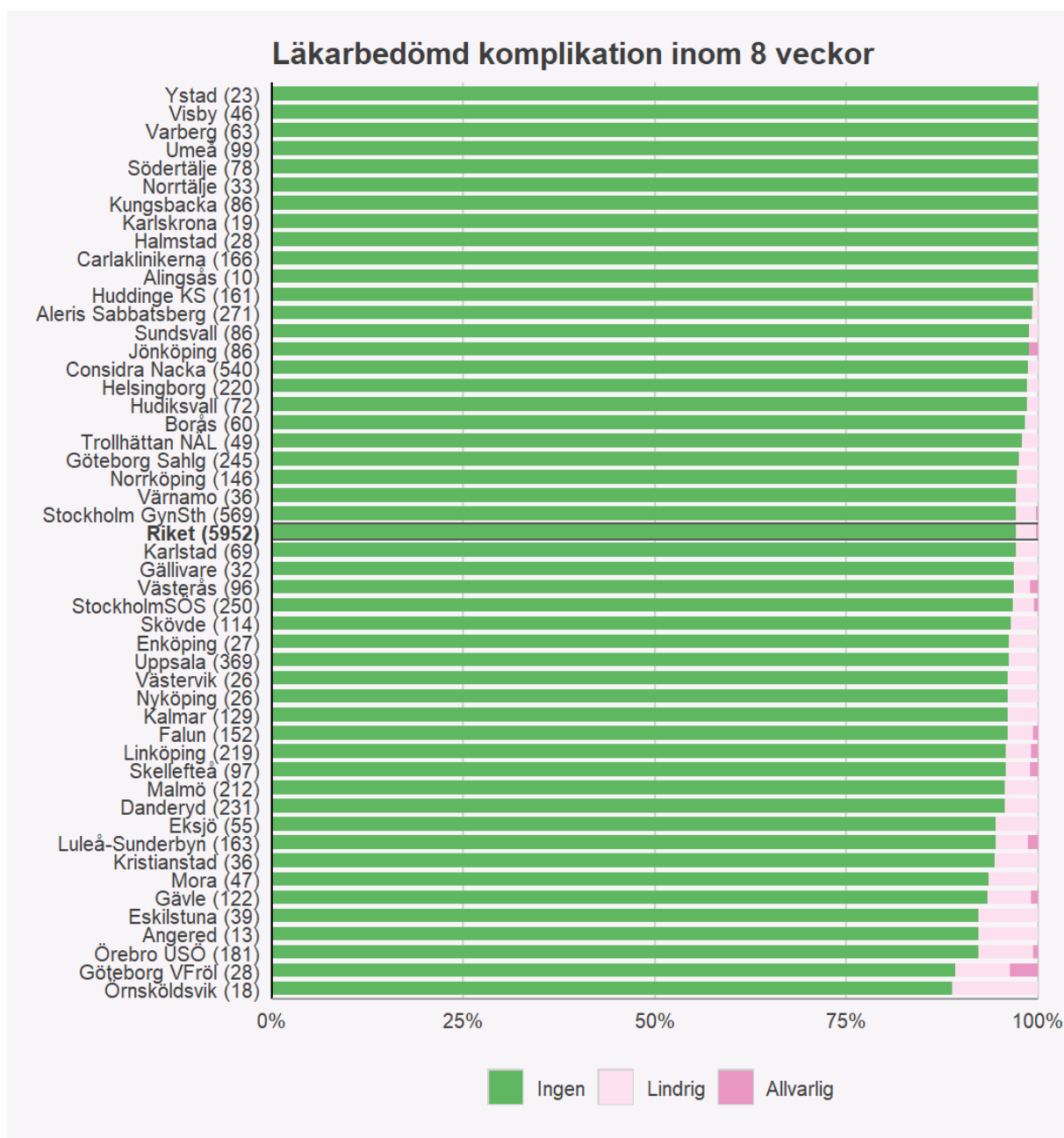
Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 10. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	69	0.80%
Annan komplikation	32	0.37%
Skärande perforation	10	0.12%
Blödning	5	0.06%

Av alla opererade patienter hade 1,35% någon typ av peroperativ komplikation registrerad. Ingen (0%) av patienterna hade mer än en peroperativ komplikation registrerad.

Komplikationsfrekvensen är fortsatt *mycket* låg, siffran är samma som föregående år. (Se kommentar under figur 7.) Det är fortsatt främst trubbig perforation, primärt av hegarsstift eller möjligen av hysteroskopet. Mycket få skärande perforation.



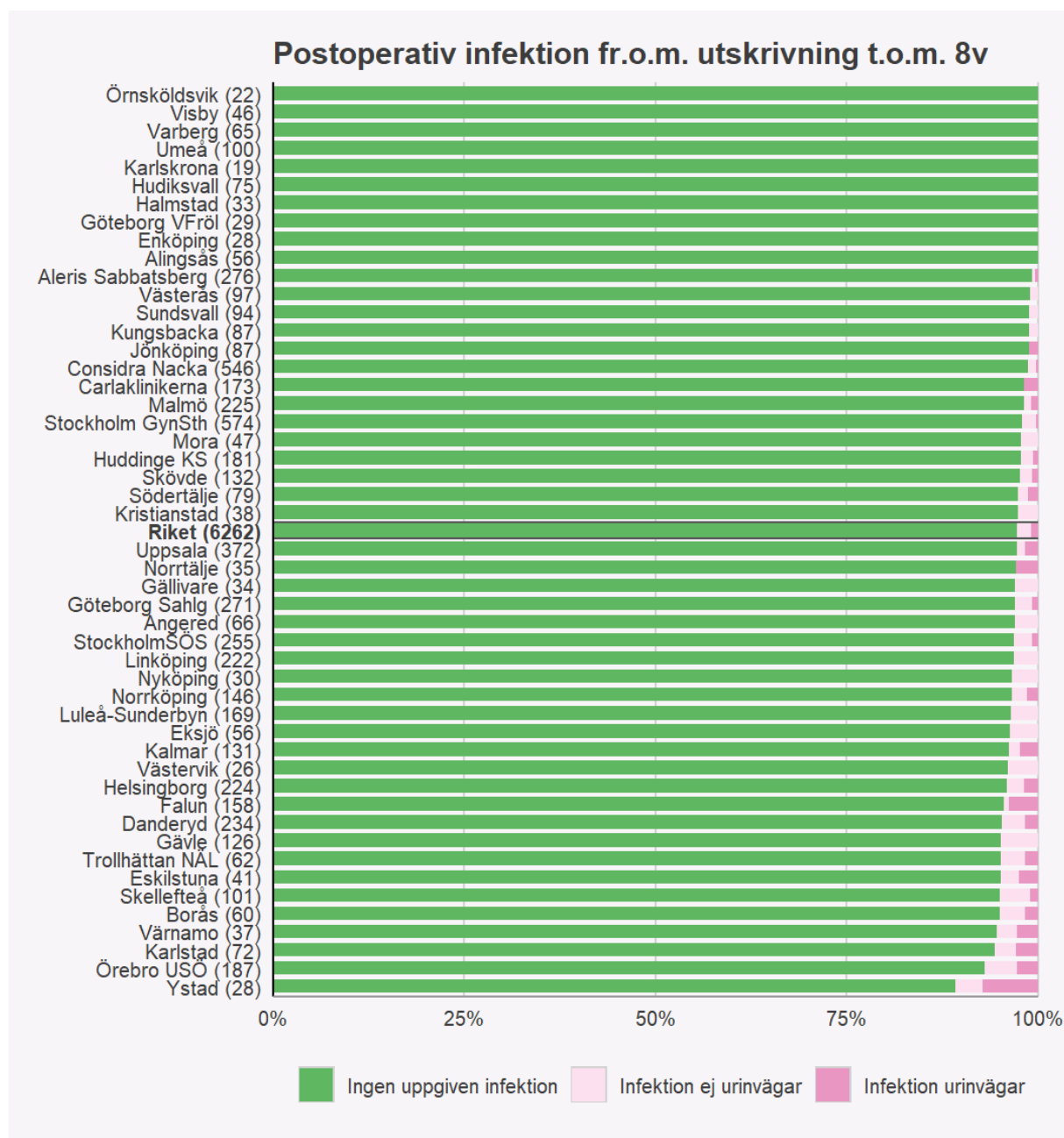
Figur 27. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Tabell 11. Allvarliga komplikationer

Komplikation 1	Komplikation 2	n
Allvarlig penetrerande skada på tjocktarm	Ej markerad	1
Allvarlig ej specificerad feber/sepsis	Ej markerad	1
Allvarlig postoperativ feber	Ej markerad	2
Allvarlig postoperativ sepsis	Ej markerad	1
Allvarlig annan ej specificerad feber/sepsis	Ej markerad	1
Allvarlig postoperativ pyelonefrit	Ej markerad	1
Allvarlig ej specificerad vaginal infektion	Allvarlig onormal postoperativ smärta	1
Allvarlig ej specificerad infektion	Ej markerad	1
Allvarlig ej specificerad smärta	Ej markerad	1
Ej markerad	Ej markerad	3

Skada på tjocktarm vid intrauterin kirurgi är den allvarligaste konsekvensen så som jag ser det och det är sällan det händer tack och lov. Det viktigaste är att det upptäcks omgående, operatören bör vara uppmärksam på att denna risk är något förhöjd vid framför allt resektion med diatermislynga. Det finns dock fall även med morcellator/shaver, twizzlelektrod och vid endometriedestruktion.



Figur 28. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor

Infektioner vid intrauterin kirurgi t.o.m. 8 veckor ligger fortsatt på låg nivå och det finns därmed ingen indikation för antibiotikaprofylax. Det finns självklart vissa ingrepp, vissa patienter som behöver antibiotikaprofylax och då väljs samma typ av antibiotikaval som vid till exempel rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi eller hysterektomi.

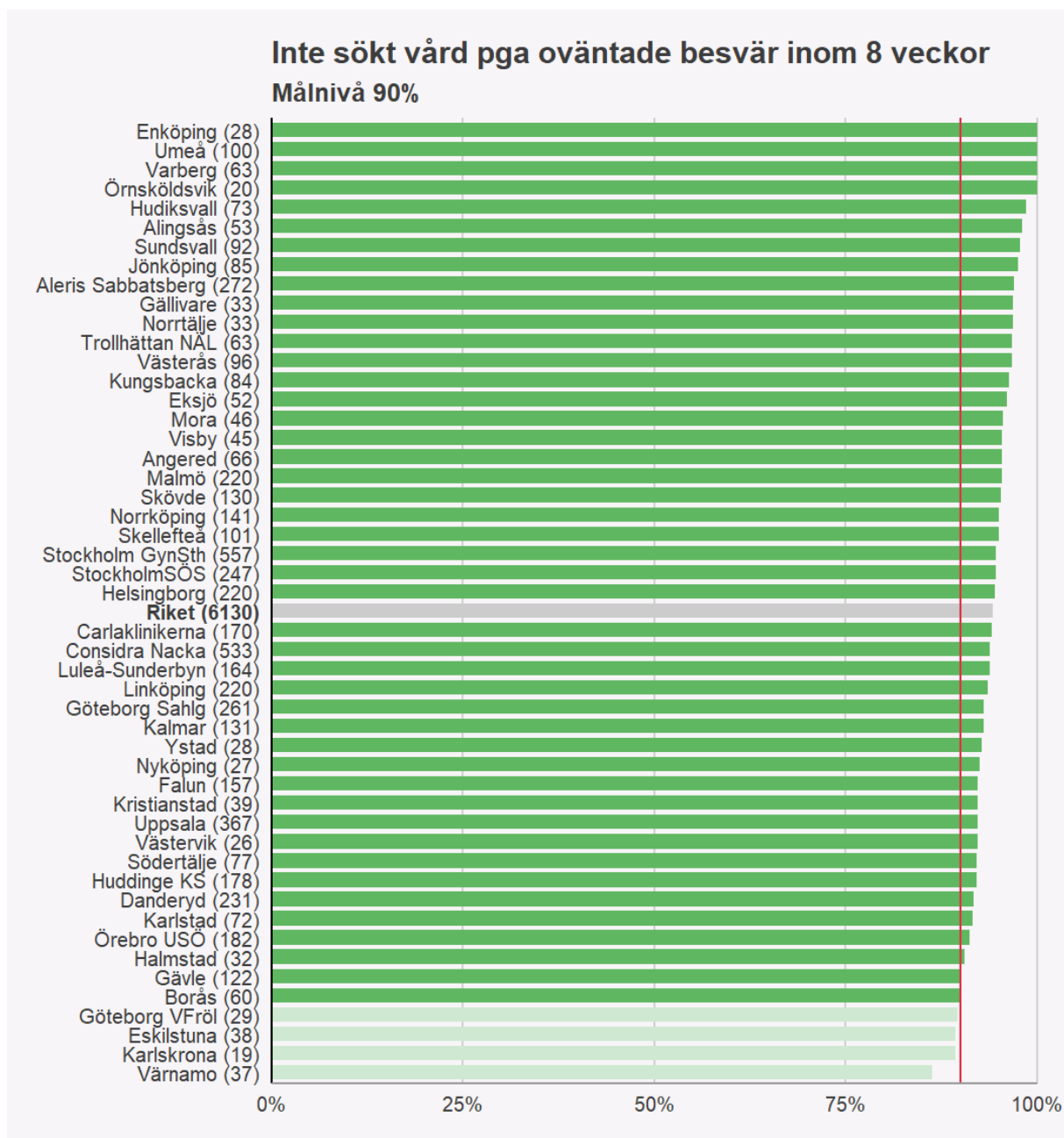
Det kan röra sig om situationer med exstirpation av graviditetsrester till exempel, där operatören vill vara säker på att ingreppet inte skapar större risk än nytta och vill undvika att infektion uppstår. Likaså självklart med profylax för en immunsupprimerad patient.

Clavien-Dindo

Tabell 12. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel
Grad 1	70	168	41.7%
Grad 2	88	168	52.4%
Grad 3b	1	168	0.6%
Grad 4a	1	168	0.6%
Uppgift saknas	8	168	4.8%

Clavien-Dindo visar allvarliga postoperativa komplikationer i en femgradig skala där den högsta siffran anger död. Det finns ingen grad 5 för intrauterin kirurgi år 2022 och antalet patienter som registrerats med någon grad av Clavien-Dindo uppgår till 168 varav 94,1% utgörs av grad 1 och grad 2.



Figur 29. Inte sökt vård pga. oväntade besvär inom 8 veckor.

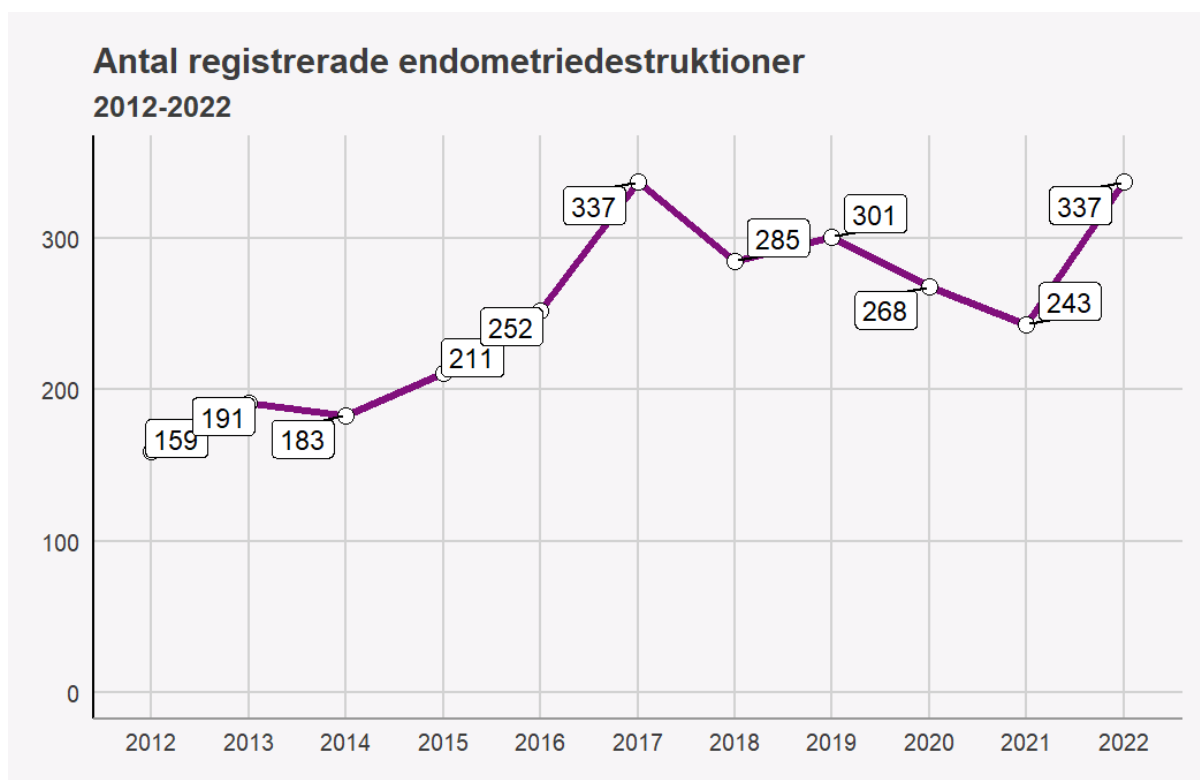
Kvalitetsindikatorn för intrauterin kirurgi är även i år att patienten inte har behövt söka vård för oväntade besvär inom 8 veckor från operation och den målnivån är fortsatt 90%.

Här ser vi en tydlig förbättring i jämförelse med 2021, 8 kliniker nådde då inte riktigt upp till 90% men i år är det bara 4 kliniker som inte riktigt når 90%, men de ligger alldeles strax under!

Ett gott tecken på att patienterna får gott omhändertagande, god patientsäkerhet och korrekt utförda ingrepp.

Endometriedestruktion

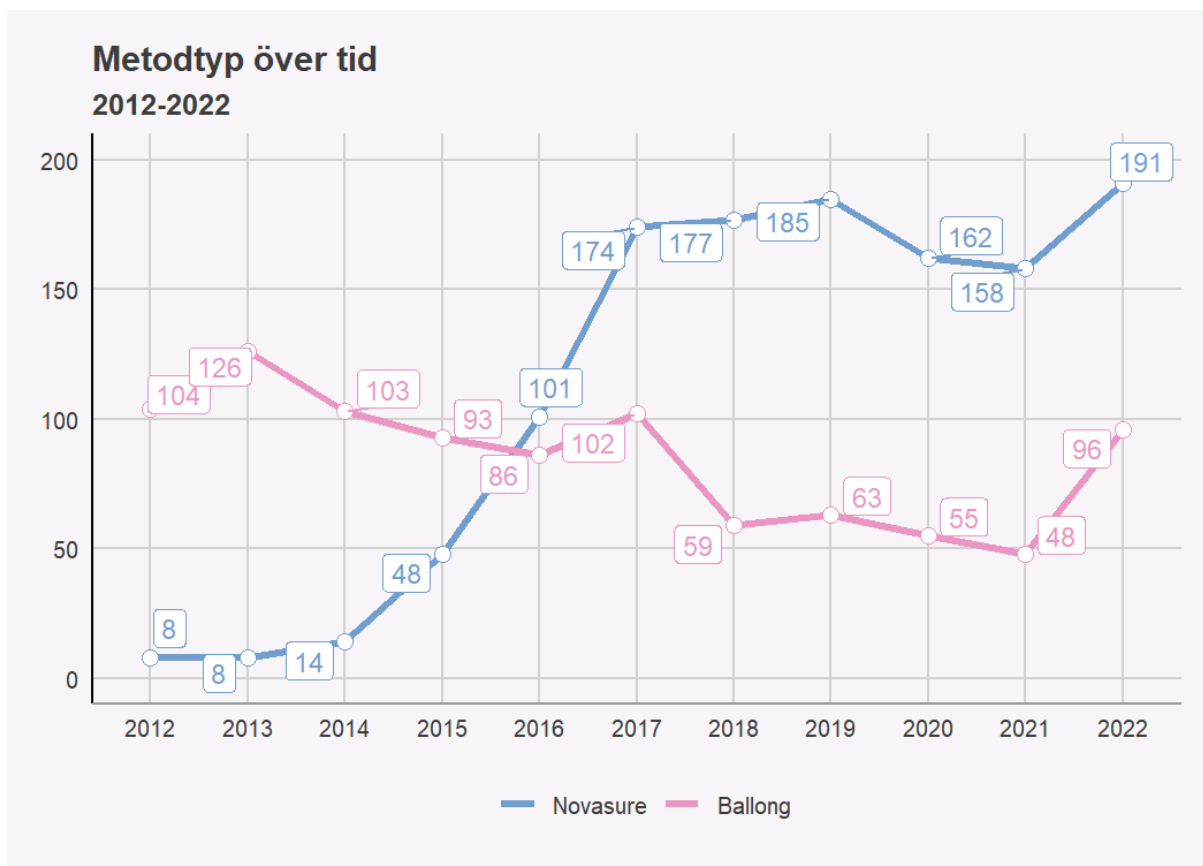
Antal utförda operationer



Figur 30. Antal registrerade endometriedestruktioner

Endometriedestruktion/-ablation har återigen ökat i antal utförda ingrepp efter en tids minskning. Det kräver lite planering att göra en destruktion som mottagningsoperation, men jag tror att vi ser en ökning i antal enheter som gör det, för att bespara operationsutrymme och att det görs som alternativ till hormonell behandling eller hysterektomi till fler med riklig menstruation.

Anestesimässigt har jag tidigare nämnt fundusblockad, det finns en också möjlighet att börja använda patientstyrd anestesi med hjälp av läkemedelspump, här tror jag att vi kommer se en generell ökning av ingrepp som utförs som mottagningsoperation, som till exempel endometriedestruktion. Detta kräver givetvis initial utbildning av anestesimetoden och inköp av pump, men kan nog växa som anestesimetod. Patientstyrd sedering, (PCS: patient controlled sedation) innebär att patienten tillåts reglera tillförsel av läkemedel med avslappnande egenskaper. Vanligen används narkosmedlet propofol, som via en doseringsknapp som patienten håller i och en pump, kan administreras i det antal doser patienten önskar. Patienten kan variera sin avslappning mellan att vara helt vaken till att somna till en kortare stund.



Figur 31. Metodtyp över tid

I dagsläget finns det två typer för endometriedestruktion i Sverige, ballongmetod eller Novasure.

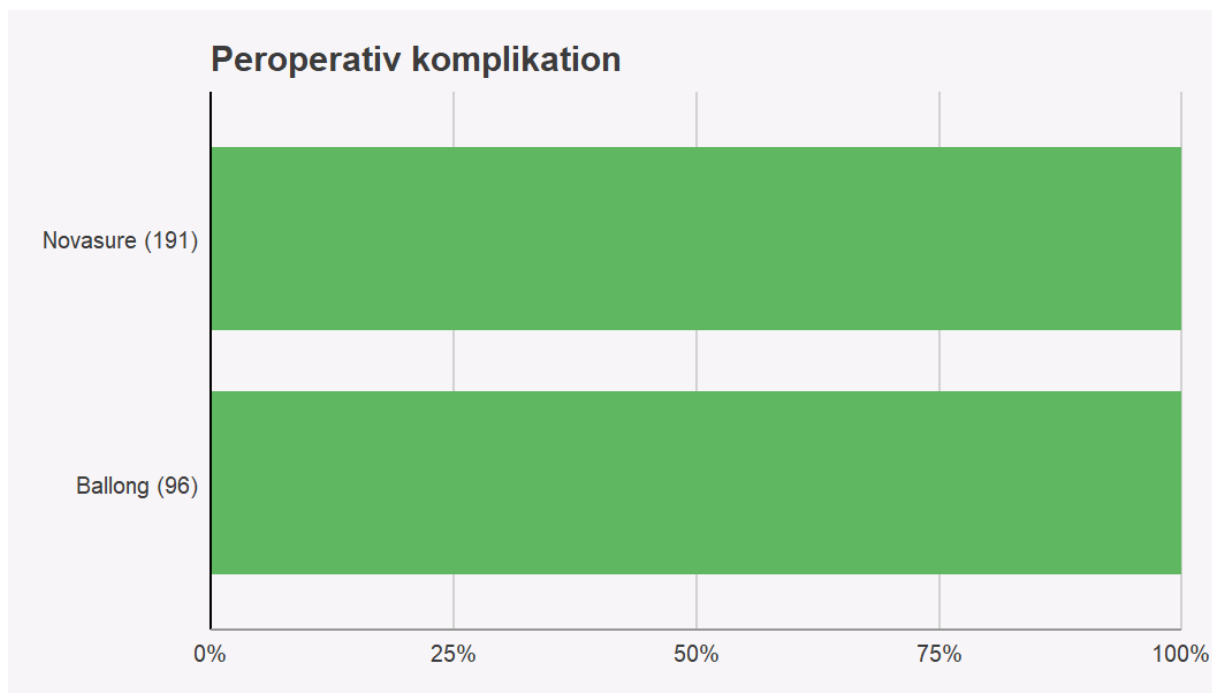
Ballongmetoden består av instrument som genom upphettning av vätska i ballongen destruerar slemhinnan. Sedan Novasure introducerades på allvar, 2014–2015, så har den metoden blivit mest använd. Det är ett instrument med ett solfjäderformat nät som destruerar slemhinnan med bipolär diatermi.

Många klagomål har framkommit om att det inte går att registrera Novasure direkt utan att skriva det som fritext vid endometriedestruktion. Har du stört dig på det, håll ut, i nya operationsmallen till hösten är detta ett minne blott! Då kommer det särskiljas från hysteroskopi och valen ballong eller Novasure står i text!

Det finns en svensk studie publicerad 2022 som har gjort jämförelse av incidens av endometriecancer efter endometriresektion och endometriedestruktion/ablation där konklusion visade att det var en skyddande effekt efter ablation i jämförelse med resektion. Väldigt intressant studie!

Huvudförfattare Angelique Flöter Rådestad, title: *Long-term incidence of endometrial resection and ablation: A population based Swedish gynecologic cancer group (Swe GCG) study*. Kan hittas på GynOps hemsida med vetenskapliga publikationer.

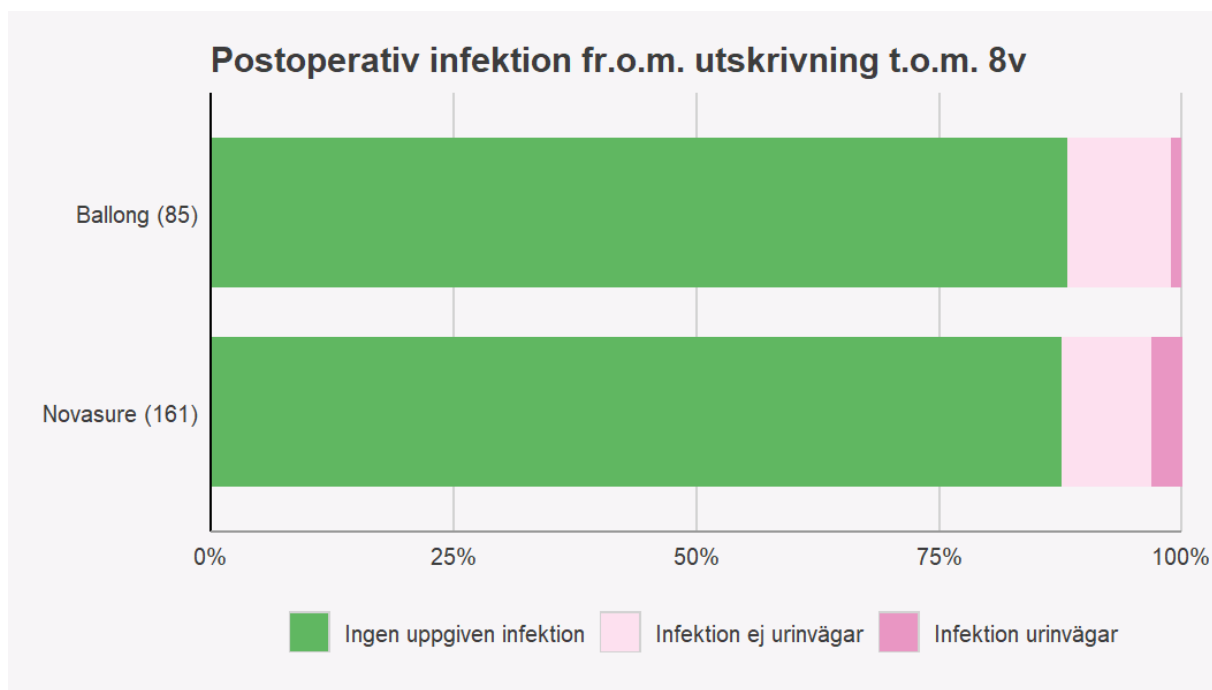
Komplikationer



Figur 32. Peroperativ komplikation

För i år finns glädjande nog varken lindrig eller allvarlig peroperativ komplikation registrerad vid endometriedestruktion!

Infektion

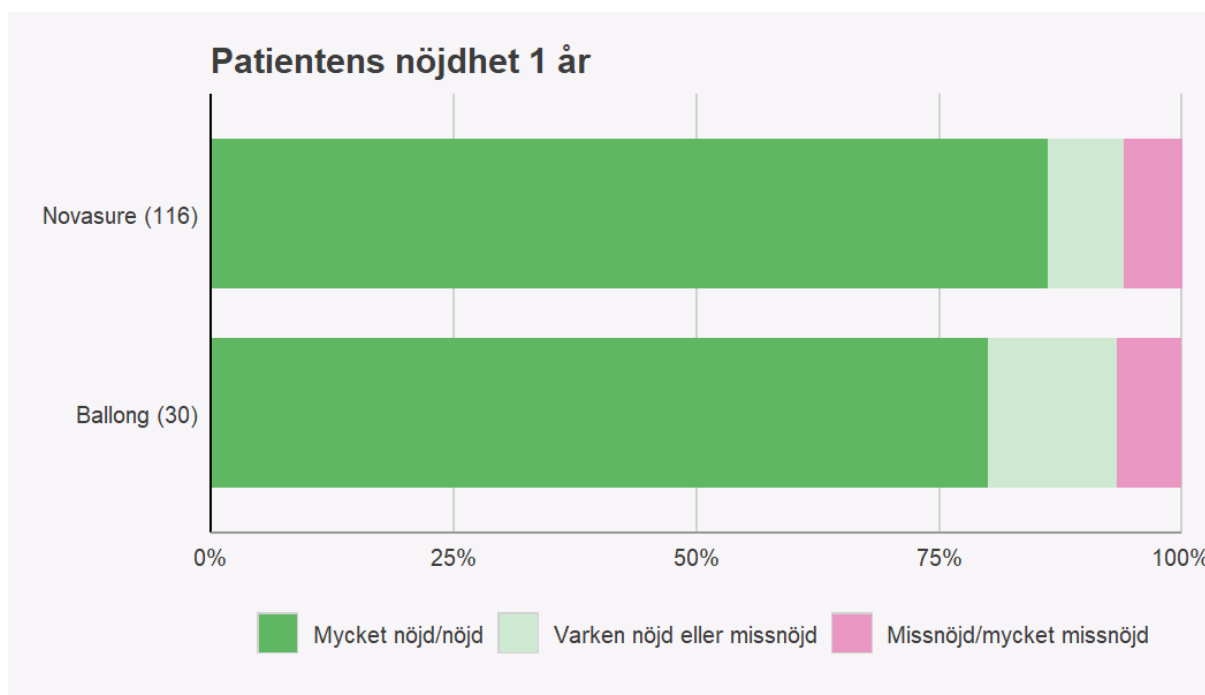


Figur 33. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor.

Tabell 13. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8v

Metodtyp	Infektion	Antal	Total	Andel
Novasure	Ingen uppgiven infektion	141	161	87.6%
	Infektion ej urinvägar	15	161	9.3%
	Infektion urinvägar	5	161	3.1%
Ballong	Ingen uppgiven infektion	75	85	88.2%
	Infektion ej urinvägar	9	85	10.6%
	Infektion urinvägar	1	85	1.2%

Det finns ingen indikation för antibiotikaproylax vid endometriedestruktion. En del infektioner uppstår men antalet är inte tillräckligt för att ändra riktlinjen om att avstå proylax. Det finns ingen tydlig gräns vid gynekologisk kirurgi där antibiotikaproylax blir indicerat. Vid en jämförelse med till exempel bukkirurgi, där siffror på infektioner utan proylax ligger mellan 20–30 %, eller tarmkirurgi, operationer utan proylax har en infektionsrisk på 30–60 %. En infektionsfrekvens på 10 % vid endometriedestruktion ger därmed ingen uttalad indikation för antibiotikaproylax, utom i utvalda fall som nämnts tidigare, till exempel för en immunsupprimerad patient.



Figur 34. Patientens nöjdhet 1 år efter operationen

Tabell 14. Patientens nöjdhet 1 år efter operationen

Metodtyp	Nöjdhet	Antal	Total	Andel
Novasure	Mycket nöjd/nöjd	100	116	86.2%
	Varken nöjd eller missnöjd	9	116	7.8%
	Missnöjd/mycket missnöjd	7	116	6.0%
Ballong	Mycket nöjd/nöjd	24	30	80.0%
	Varken nöjd eller missnöjd	4	30	13.3%
	Missnöjd/mycket missnöjd	2	30	6.7%

Sammanfattning

Det kommer en förändring i år, om inte något stort inträffar som försenar!

Förbättringen av operationsformuläret har varit prioriterat för mig alltsedan jag tillträdde som delregisteransvarig, men olika faktorer har bidragit till att det har dragit ut på tiden och det är bara att acceptera och respektera skälen.

Det är nu ett stort engagemang i arbetet med övergången till INCA-plattformen och det blir också en stor omställning för er användare! För er som inte enbart opererar intrauterin kirurgi gäller det ju att hänga med i förändringen via nyheter på GynOps hemsida, det kommer ju bli så att alla övriga ingrepp fortsatt registreras som vanligt till att börja med, men vid årsskiftet påbörjas registrering av all intrauterin kirurgi i INCA. Men detta kommer klarna med tiden, det är en liten bit kvar.

Återigen, påminnelse om att fortsatt registrera alla ingrepp, även om det är ett mindre ingrepp, som hysteroskopi med biopsi till exempel, allt du registrerar hjälper till att få högre täckningsgrad för delregistret. Registrera oavsett på vilken plats du utför din operation, alla mottagningsoperationer (förutom ren diagnostisk hysteroskopi) vill vi få registrerade såväl som de som sker i dagkirurgi.

Ytterligare upprepning av påminnelse, lägger du en fundusblockad, skriv det i anestesimetod Annan! Jag vill titta specifikt på det nästa år, likaså för er som börjat använda patientstyrd anestesi, sedering, med läkemedelspump, skriv det i anestesimetod Annan!

Har du frågor, synpunkter, önskemål hör väldigt gärna av dig!

Jag deltar också i en grupp i BENK-ARG som arbetar med att ta fram SFOG-råd för Intrauterin kirurgi.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Ablation/destruktion	Inom gynekologin avses en värmebehandling för att ta bort livmoderslemhinnan.
Abrasio	Skrapning av livmoderns insida
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
Antibiotikaproylax	Förbehandling med antibiotika för att minska risken för en infektion, till exempel i samband en operation.
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.
Biopsi	Vävnadsprov
Bäckenbottenkirurgi	Operation av framfall eller förlossningsskador
Dagkirurgi	Med dagkirurgi menas att patienten går hem samma dag som operationen har utförts.
Dilatation	Utvidgning
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Hegarstift	Ett metallstift som används vid gynekologiska undersökningar för att vidga en trång öppning, till exempel livmoderhalsen.
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.
Immunsupprimerad	Immunförsvaret är bristfälligt pga. immundefektsjukdom eller annan sjukdom, eller pga. medicinering med läkemedel som hämmar eller hindrar immunförsvarets aktivitet eller pga. strålbehandling.

Uppslagsord	Förklaring
Incidens	Antalet nya fall av en given sjukdom under en given tidsperiod i en viss population.
Indikation	Orsak till behandling eller operation
Intrauterin	Inuti livmodern
Malignitet	Cancer
Morcellator/shaver	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid titthålskirurgi.
Myom	Muskelknuta på livmoderns in- eller utsida.
NHV	Nationell högspecialiserad vård. NHV innebär att vård av vissa sällsynta eller svårbehandlade diagnoser och vårdområden koncentreras till max fem utförare. Med denna centralisering uppnås ökad kunskap, kvalitet och patientsäkerhet.
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
Polyp	Utväxt, oftast från en slemhinna, som i regel är godartad
Polypektomi	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Post-	Efter. Till exempel postoperativt = något som görs eller händer efter operation. Postmenopausal = efter att menstruationerna har upphört (på grund av ålder).
Profylaktisk/profylax	Förebyggande
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
Sepsis	Blodförgiftning
Septum	Mellinvägg
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till gynekologisk specialist.