

Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2024

Författare:

Ida Bergman

Registeransvarig för delregistret för rekonstruktiv
bäckenbottenkirurgi

MD, PhD, Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2025-04-29



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 samt ingrepp utförda av ST-läkare.....	8
Demografi	10
Ålder	11
ASA-klass	12
Preoperativt prolapsstadium	13
Primär- kontra recidivoperationer	14
Resultat – alla prolapsoperationer	15
Globuskänsla ett år postoperativt.....	15
Nöjdhet ett år postoperativt	16
Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt.....	18
Patientinformation	19
Sjukskrivning	20
Bakre plastik och perinealkroppsplastik.....	24
Apikal defekt.....	26
Sekundär analsfinkterrekonstruktion.....	28
Komplikationer	29
Avslutande kommentarer.....	29
Ordlista	30
Referenser	32

Inledning

Denna årsrapport sammanfattar utvecklingen inom rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. Rapporten omfattar prolapsoperationer, perinealkroppsrekonstruktioner och sekundära analsfinkterrekonstruktioner. Under år 2024 genomfördes totalt 253 kombinerade prolaps- och inkontinensoperationer.

Som alltid är det viktigt att ha i åtanke att produktionsdata, såsom antal operationer och registrerade komplikationer inom åtta veckor avser patienter opererade under det senaste kalenderåret (2024). Däremot speglar ettårs resultaten utfallet för patienter som genomgick operation under år 2023.

Efter pandemins påverkan har Sverige successivt arbetat i kapp vårdskulden. Under 2022 genomfördes 6 876 rekonstruktiva bäckenbottenoperationer, en ökning från referensåret 2019 då siffran låg på cirka 6 000. Under år 2024 har vi sett en ytterligare acceleration med ett rekordhøgt antal ingrepp – hela 8 643 operationer. Det ingrepp som nu dominerar och blir allt vanligare är bakre plastik med perineorafik.

Valet av operationsmetod vid apikal prolaps har varit föremål för diskussion. Under år 2023 publicerade UR-ARG SFOG:s rekommendationer i ämnet, där cervixamputation rekommenderas som förstahandsmetod för patienter som inte önskar bevara sin fertilitet. Trenddiagrammet på sida 27 visar att Sverige i hög grad har följt denna rekommendation, då cervixamputation nu står för 70 % av alla apikala prolapsoperationer.

Vid tolkning av data är det viktigt att beakta att vissa patienter med framfall även kan ha samtidig uteruspatologi, vilket gör att hysterektomi och prolapsoperation genomförs vid samma tillfälle. I dessa fall har hysterektomin inte utförts enbart på prolapsindikation. För närvarande saknas möjlighet att selektera dessa patienter i registret, men en omfattande uppdatering av operationsmodulen för rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi planeras under år 2025 i och med flytten till INCA.

Vi vill också påminna om **GynOp Direkt**, den interaktiva statistiksidan som finns tillgänglig på vår hemsida. Här uppdateras data varje månad, vilket gör det möjligt för kliniker att i princip i realtid följa sin produktion och kvalitetsindikatorer.

Vi hoppas att denna rapport ger en intressant och givande läsning och att den inspirerar till fortsatt förbättringsarbete – allt för att ge våra patienter den bästa möjliga vården.

Summering av datakvalitet

GynOp har lanserat en interaktiv rapport, GynOp Direkt, som är tillgänglig via hemsidan: <https://statistik.incanet.se/gynop/>. Denna rapport ger en översikt över täckningsgraden för varje delregister, där antalet registrerade operationer i GynOp jämförs med motsvarande siffror i Patientregistret hos Socialstyrelsen.

På klinisknivå redovisas andelen ifyllda läkarformulär, antalet utskickade enkäter samt svarsfrekvenser. Övergripande bedömning visar att delregistret "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi" har en hög datakompletthet och saknade uppgifter är inget större problem.

Riksgenomsnitt för några viktiga datakvalitetsaspekter:

- Täckningsgrad (operationer år 2023): 94 %
- Svarsfrekvens för preoperativ enkät: 97 %
- Svarsfrekvens för 8-veckorsenkät: 93 %
- Svarsfrekvens för 1-årsenkät: 84 %
- Andel ifyllda läkarformulär (anamnes/status, operation, utskrivning): 93 %

Vi uppmuntrar alla kliniker att noggrant granska sina resultat i den interaktiva datakvalitetsrapporten på GynOp:s hemsida. Även om den övergripande datakvaliteten är mycket god, finns det utrymme för förbättringar på vissa kliniker. Genom kontinuerlig uppföljning kan vi tillsammans säkerställa en ännu högre datakvalitet och bästa möjliga vård för våra patienter.

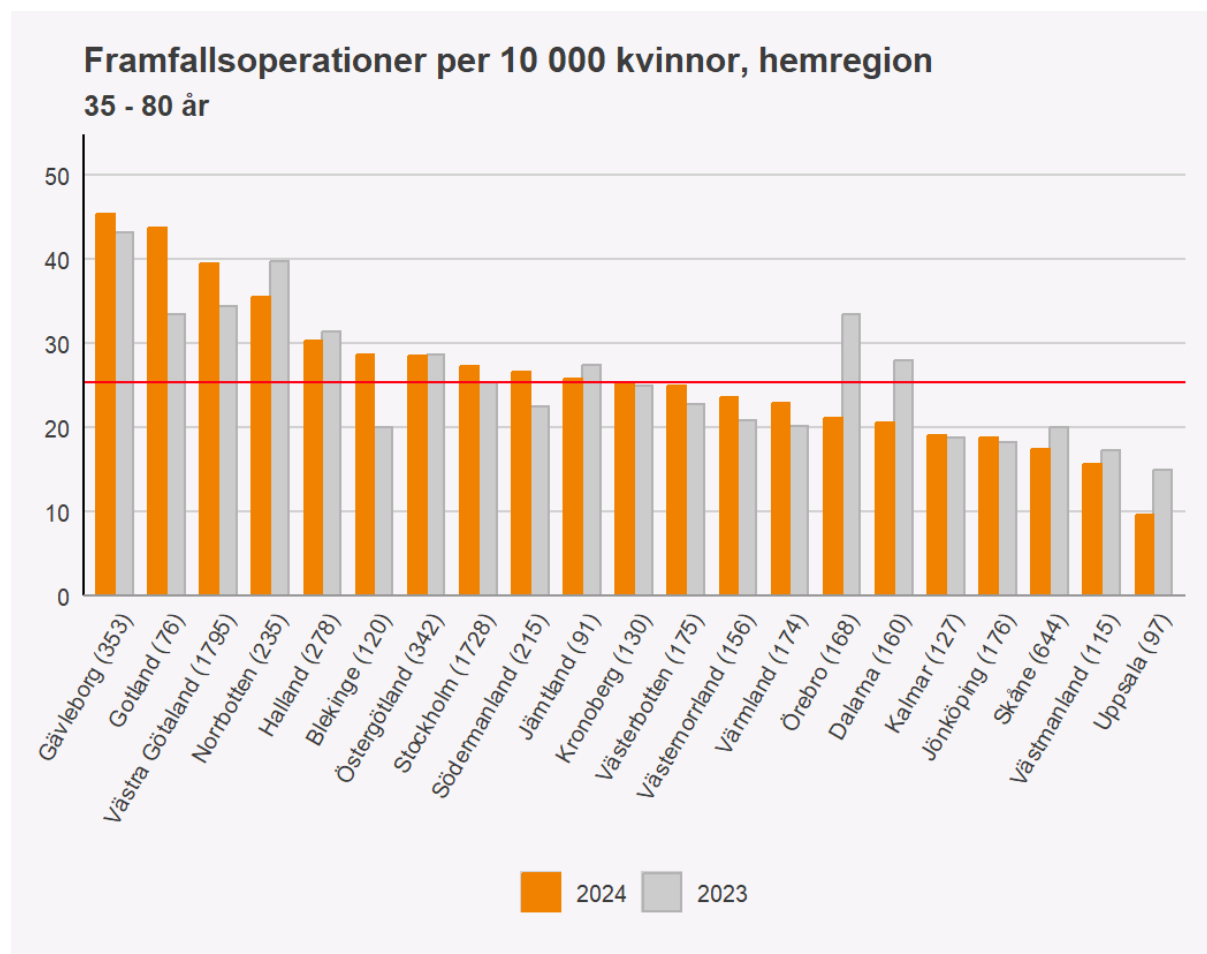
Utförda operationer

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

Tabell 1. Antal registrerade bäckenbottenoperationer under de senaste fyra åren.

År	Antal
2018	6 014
2019	6 187
2020	4 431
2021	5 326
2022	6 902
2023	8 295
2024	8 643

I figuren nedan visas antal framfallsopererade/10 000 kvinnor regionvis. Vi kan konstatera att vården i Sverige är långt ifrån jämlik.

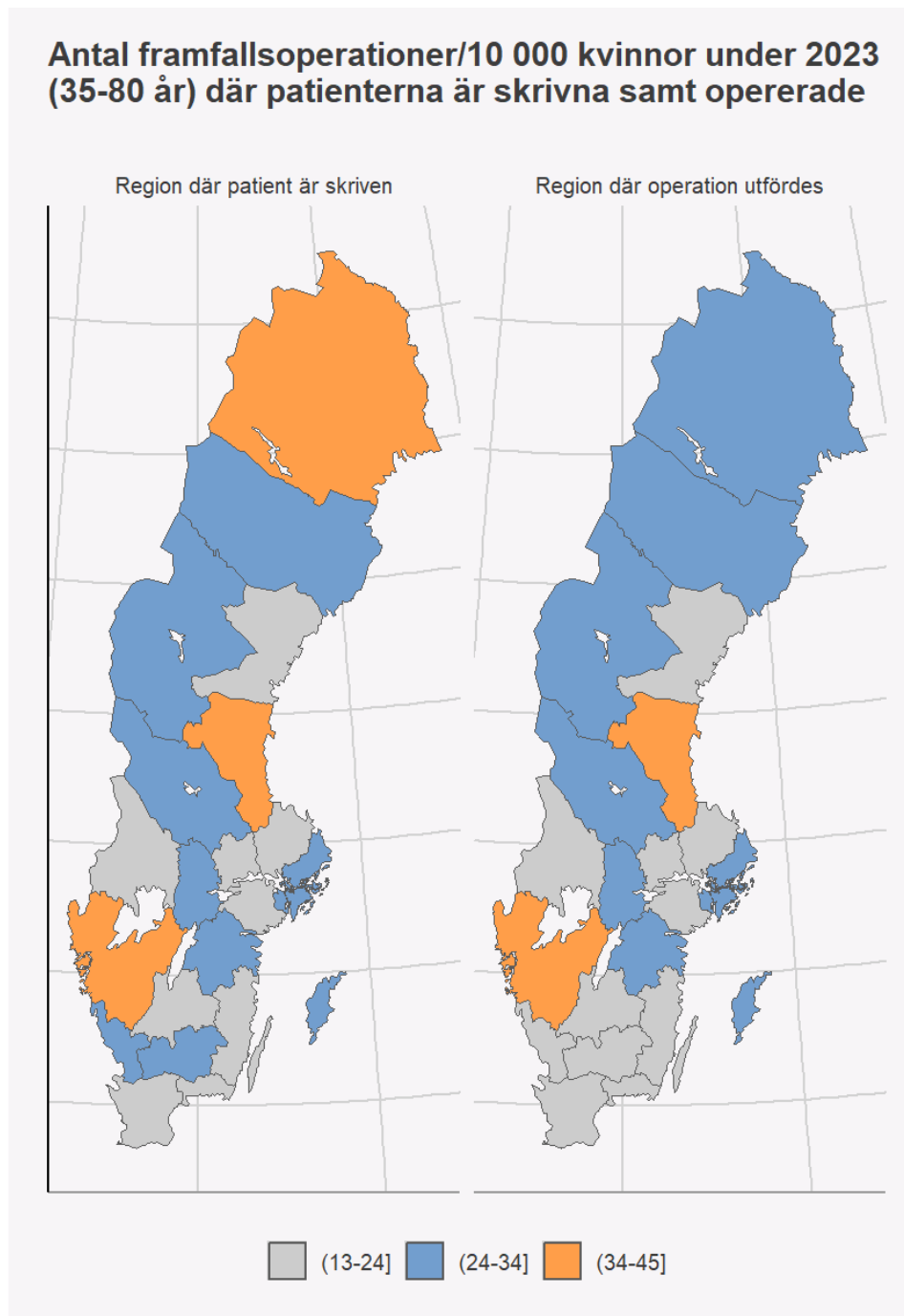


Figur 1. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35–80 år) där de är skrivna, hämtat från Gynop-registret och SCB år 2024.

I figur 2 nedan visas en karta över Sverige som illustrerar patienternas förflyttning mellan regionerna vid framfallsoperation.

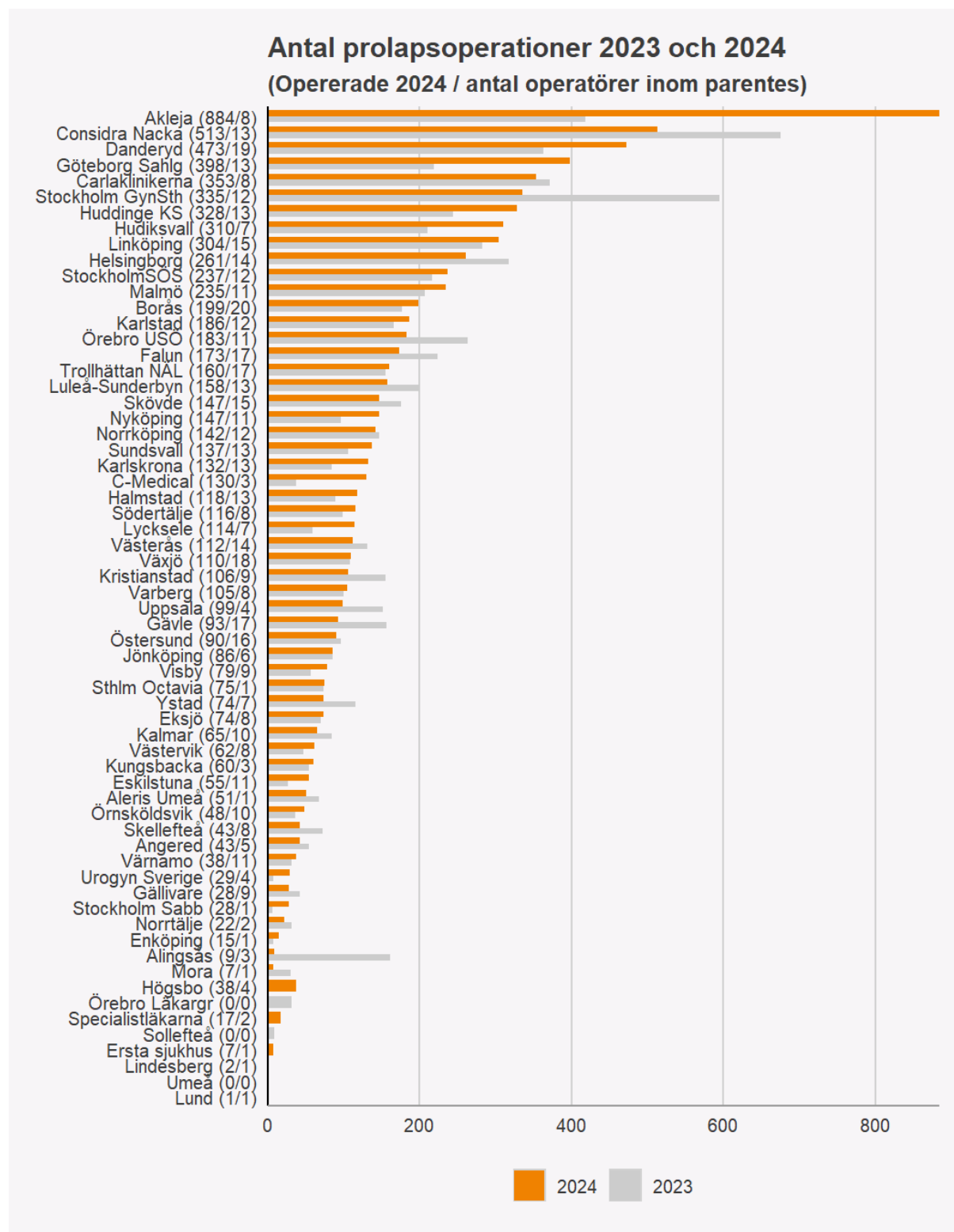
- **Den vänstra kartan** visar var de framfallsopererade kvinnorna är folkbokförda.
- **Den högra kartan** visar var de faktiskt genomgår sin operation.

Regioner som ändrar färg från **blått till grått** eller från **orange till blått** skickar i väg en betydande andel av sina patienter till andra regioner för operation.



Figur 2. *Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (35–80 år) där patienterna är skrivna (till vänster) jämfört med där patienterna är opererade (till höger).*

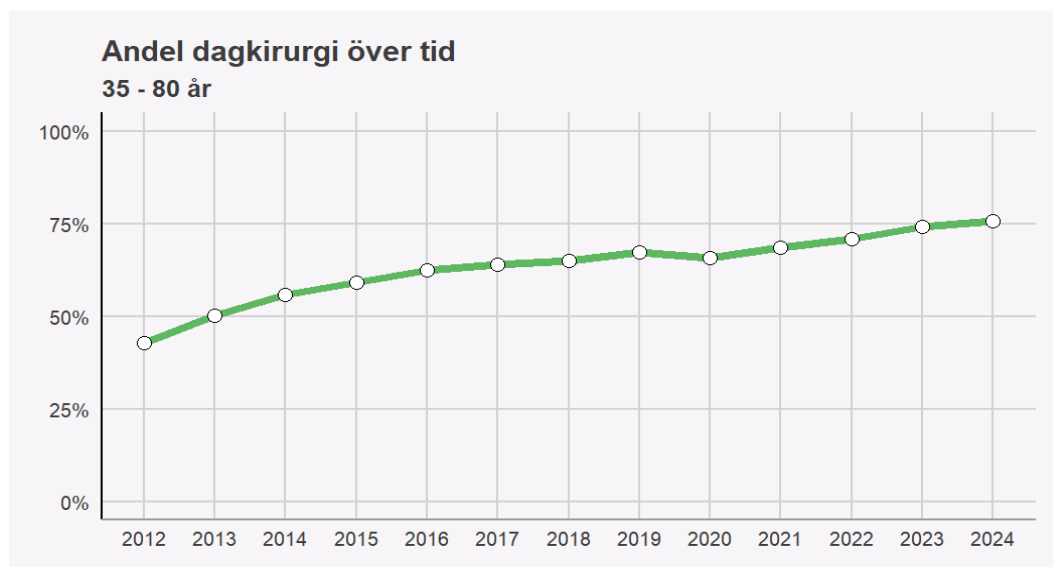
Figuren nedan illustrerar totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med år 2023. Vi kan konstatera att vi har fått en ny ”högvolymsklinik” i Sverige som heter Akleja. Vi välkomnar tre nya kliniker; [Högsbo närsjukhus](#) (tidigare Västra Frölunda), Ersta sjukhus i Stockholm och Specialistläkarna.



Figur 3. Antal prolapsoperationer år 2023 och 2024.

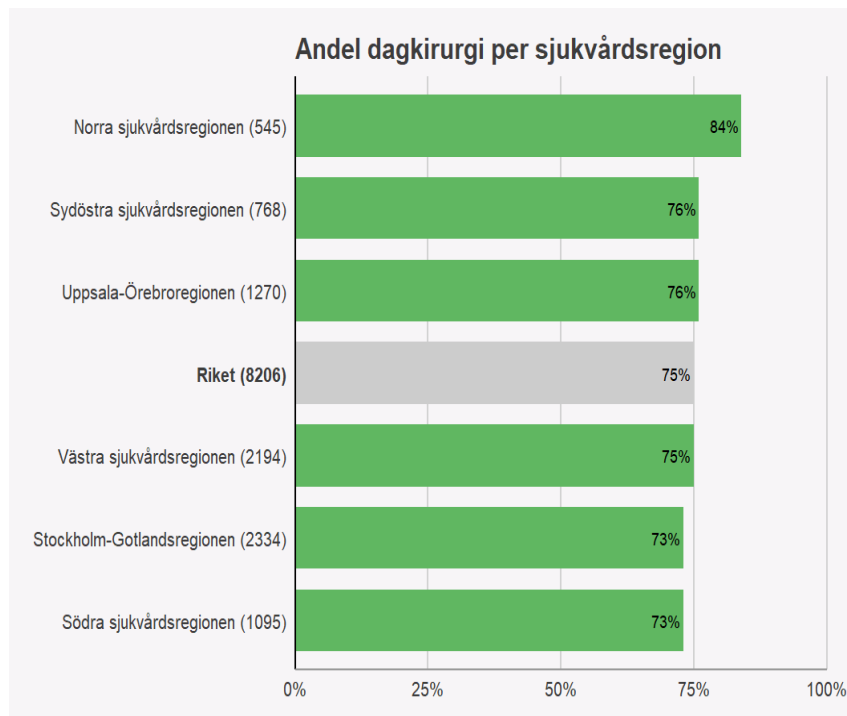
Dagkirurgiska ingrepp

Andelen bäckenbottenoperationer som utförs inom dagkirurgi fortsätter att öka. Trenden stiger stadigt år för år och under år 2024 genomfördes hela **76 %** av alla ingrepp som dagkirurgiska operationer.

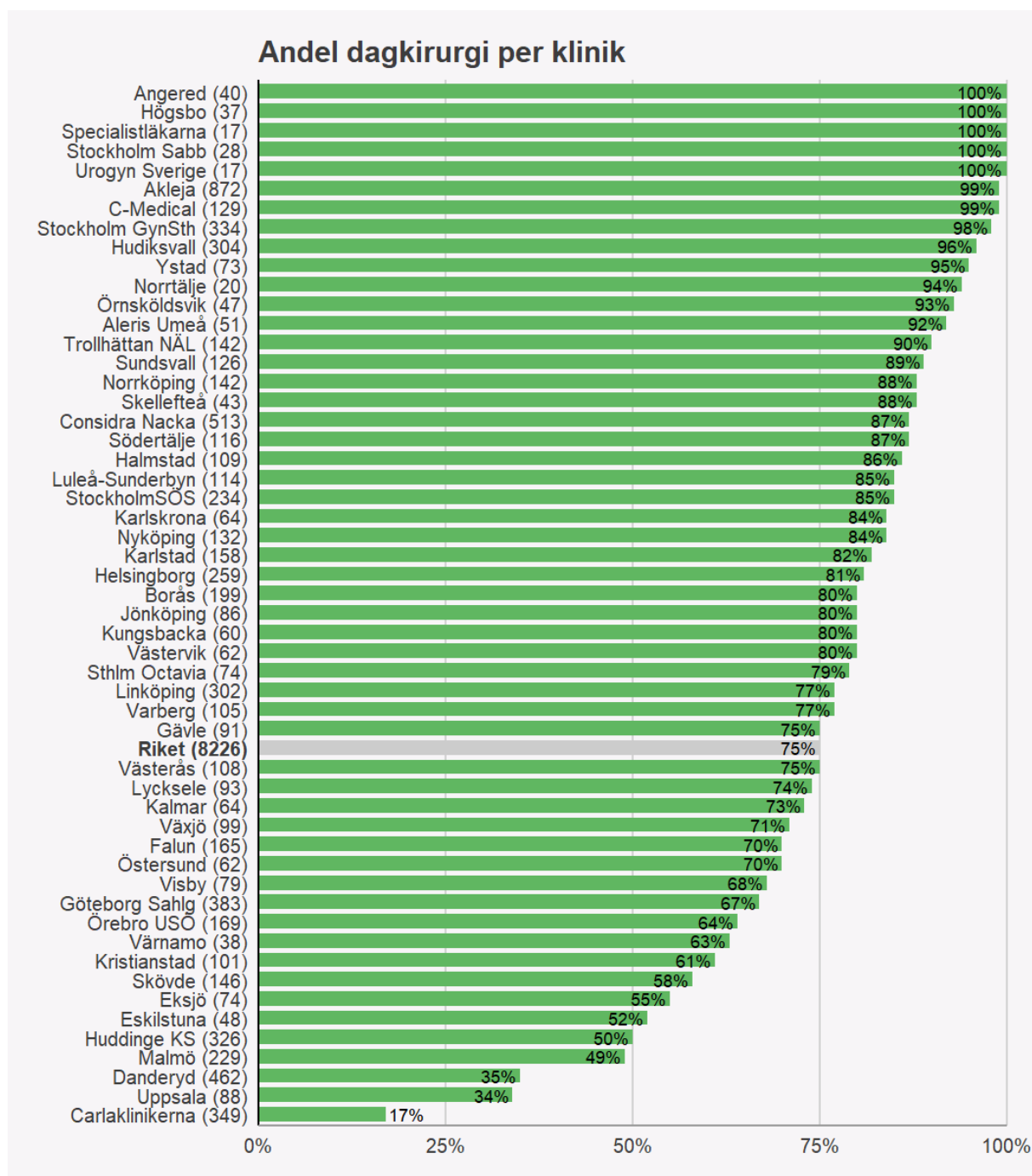


Figur 4. Andel dagkirurgi år 2010 - 2024. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

Andelen dagkirurgiska ingrepp är relativt jämnt fördelad mellan de olika sjukvårdsregionerna. Jämfört med föregående år har **Västra sjukvårdsregionen** stått för den största ökningen, från **51 % år 2022** till **66 % år 2023** och nu hela **75 % år 2024**.



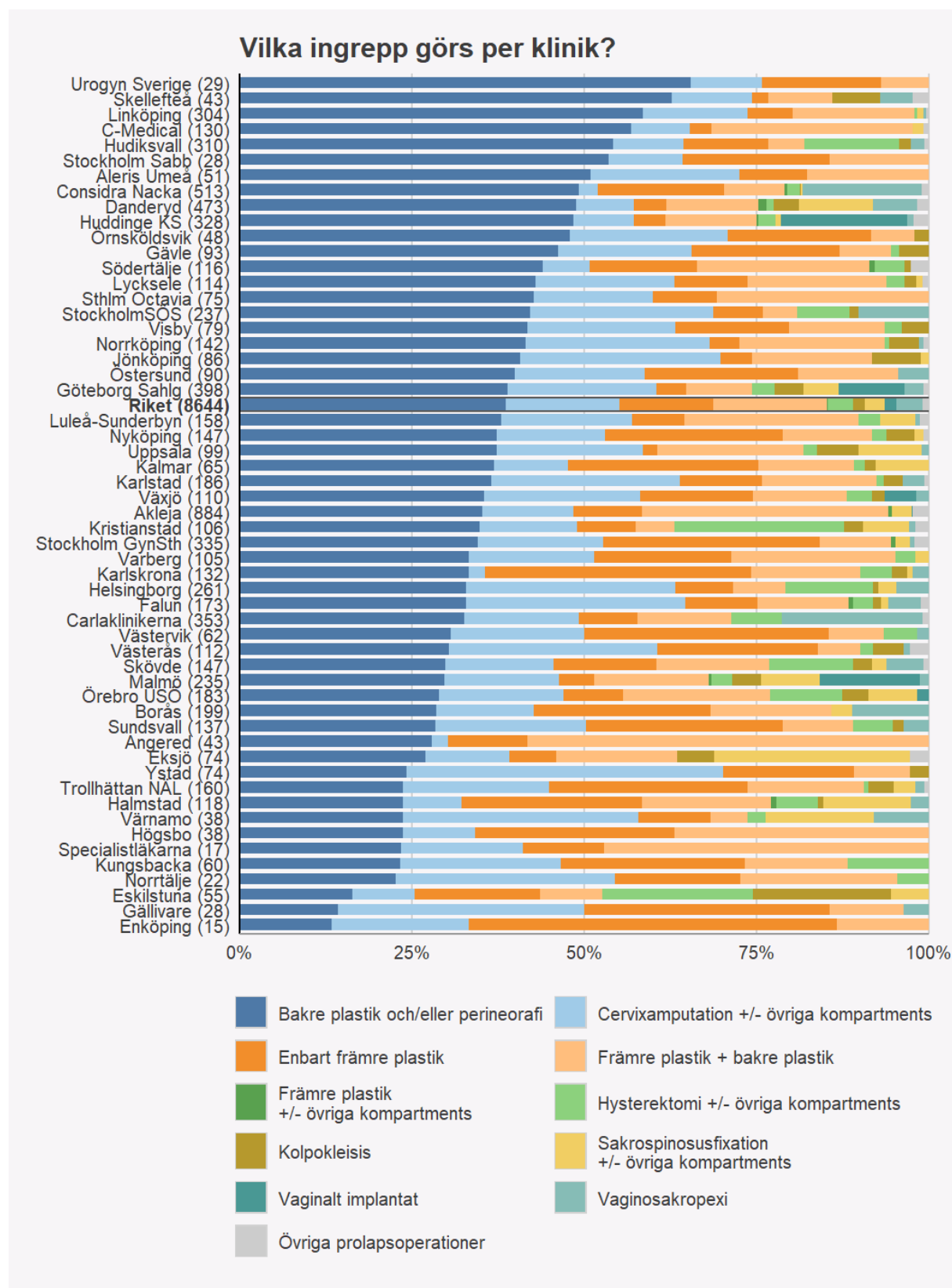
Figur 5. Andel dagkirurgi i de olika sjukvårdsregionerna.



Figur 6. Andel dagkirurgi per klinik år 2024. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

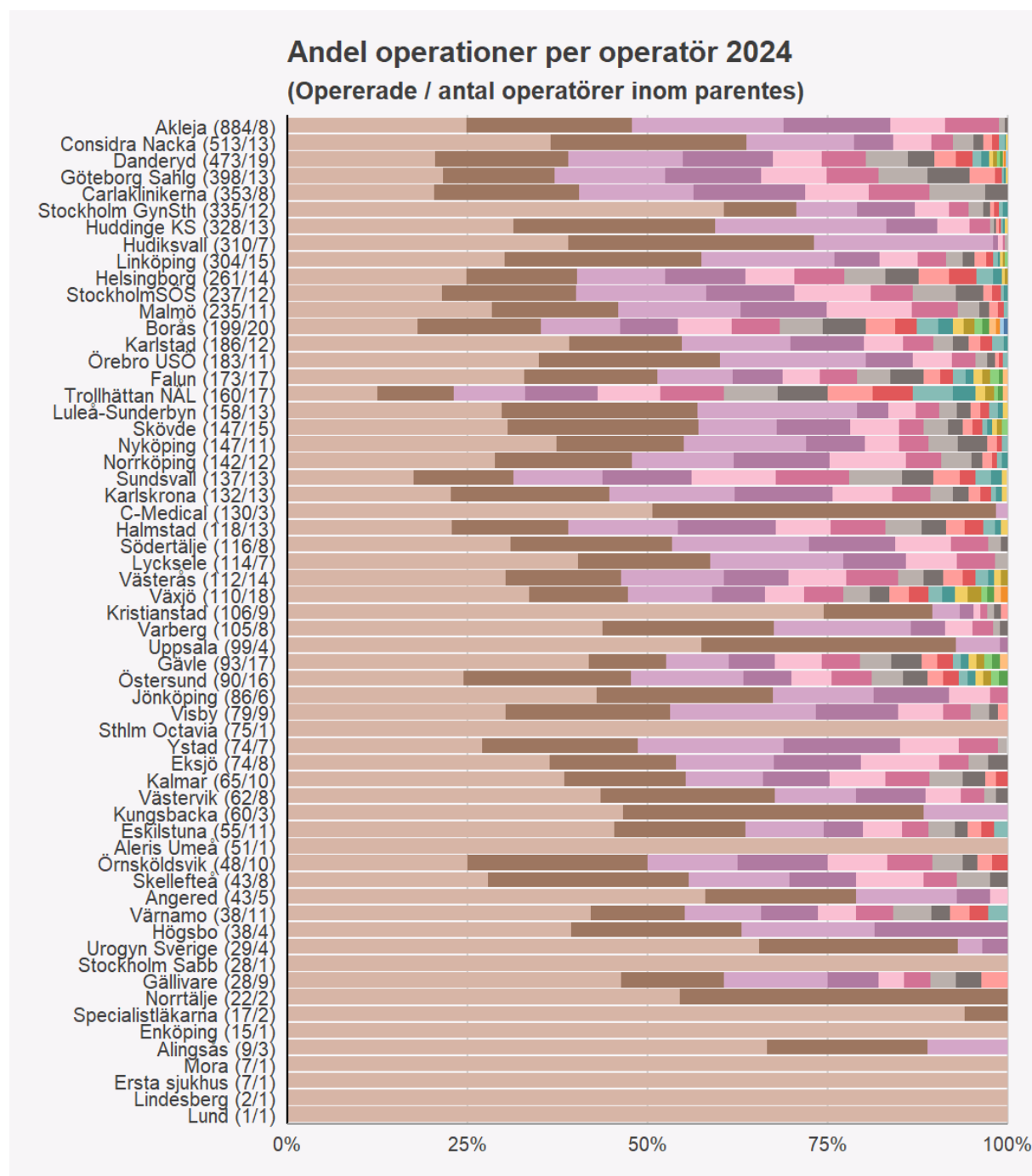
Operationsmetoder och volym per kirurg samt ingrepp utförda av ST-läkare

Nedan redovisas vilka ingrepp som görs på de olika klinikerna. "Övriga operationer" kan till exempel vara plissering av sakrouterinligament eller enteroceleplastik.

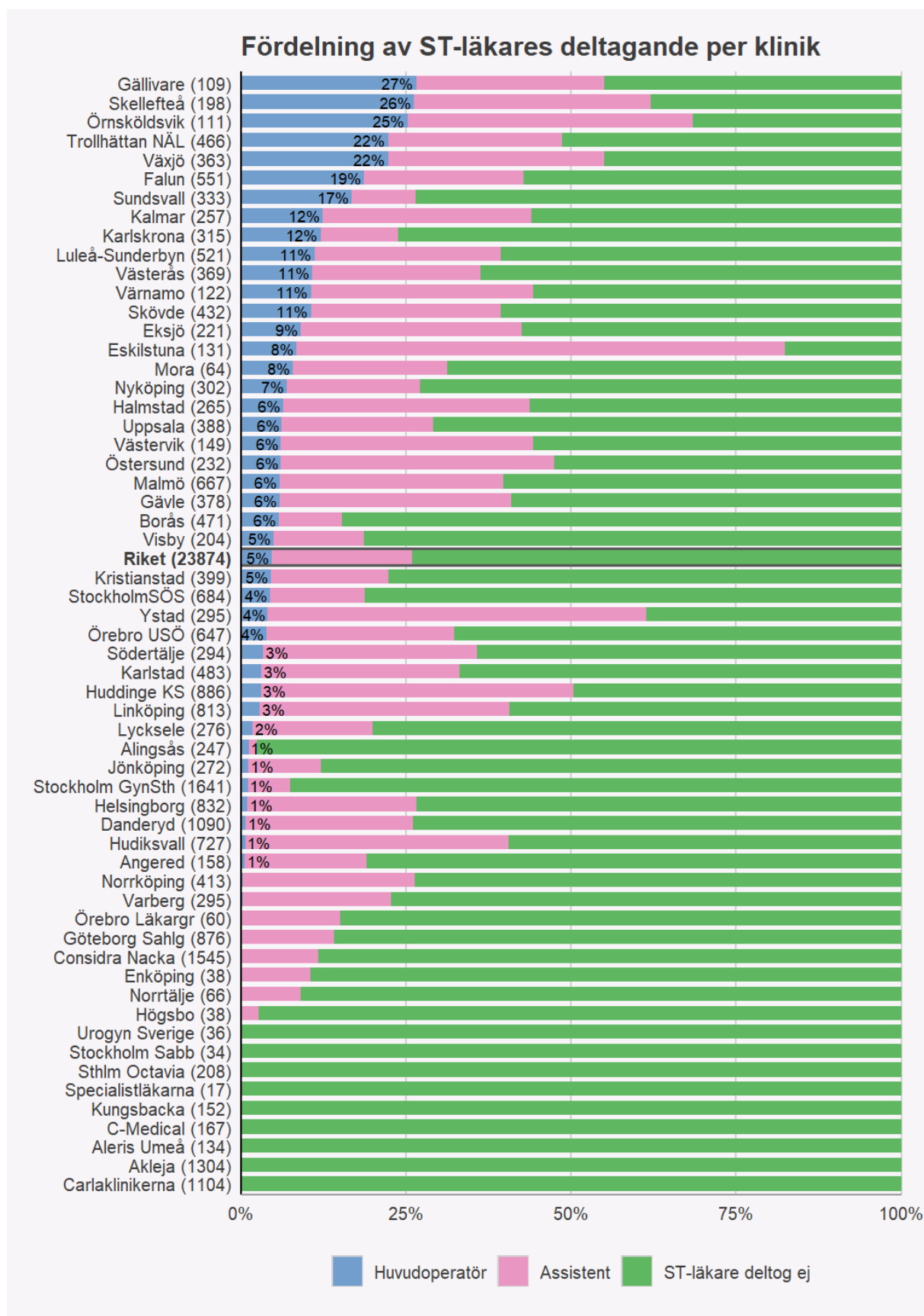


Figur 7. Fördelningen av olika typer av ingrepp som gjorts på de olika klinikerna under år 2024.

Nedan presenteras antalet registrerade operatörer per klinik samt andelen operationer där varje operatör är huvudansvarig. Kliniker med en mångfärgad, regnbågsliknande fördelning har troligen ett stort inslag av **ST-läkaruppdrag**, där en specialist oftast handleder och instruerar under ingreppen.



Figur 8. Andel operationer per operatör år 2024. Varje operatör representeras av en färg i klinikkens stapel.



Figur 9. Andel prolapsoperationer där ST-läkare varit huvudoperatör alternativt assistent.

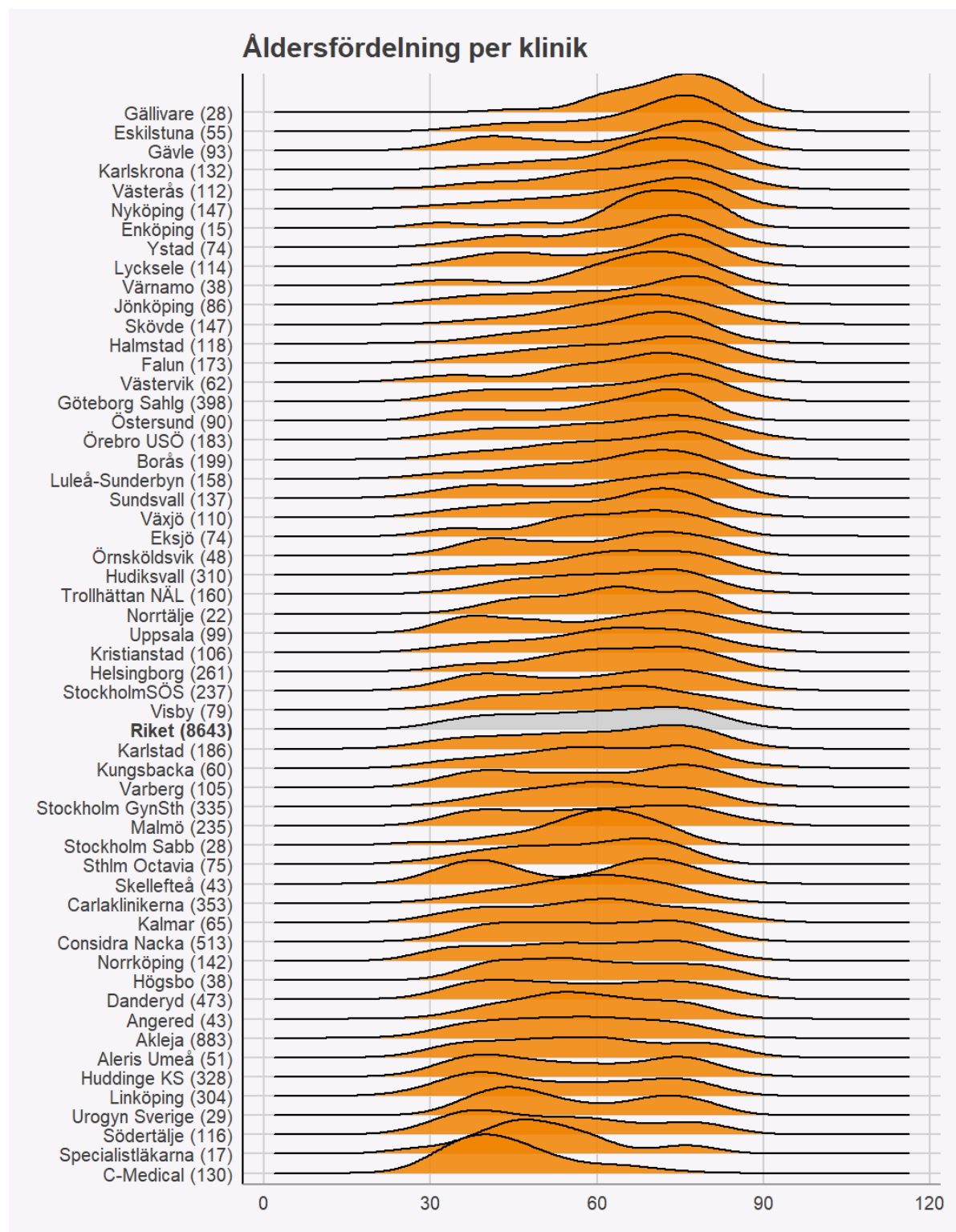
Demografi

I detta kapitel redovisas patientpopulationens sammansättning vid de olika klinikerna. Faktorer som **ålder**, **funktionsnivå**, **primär- eller recidivoperation** samt **preoperativt prolapsstadium** kan påverka

utfallet av operationerna. Tidigare har vi presenterat **BMI-fördelningen per klinik**, men eftersom skillnaderna visade sig vara obetydliga har vi i år valt att utelämna den figuren.

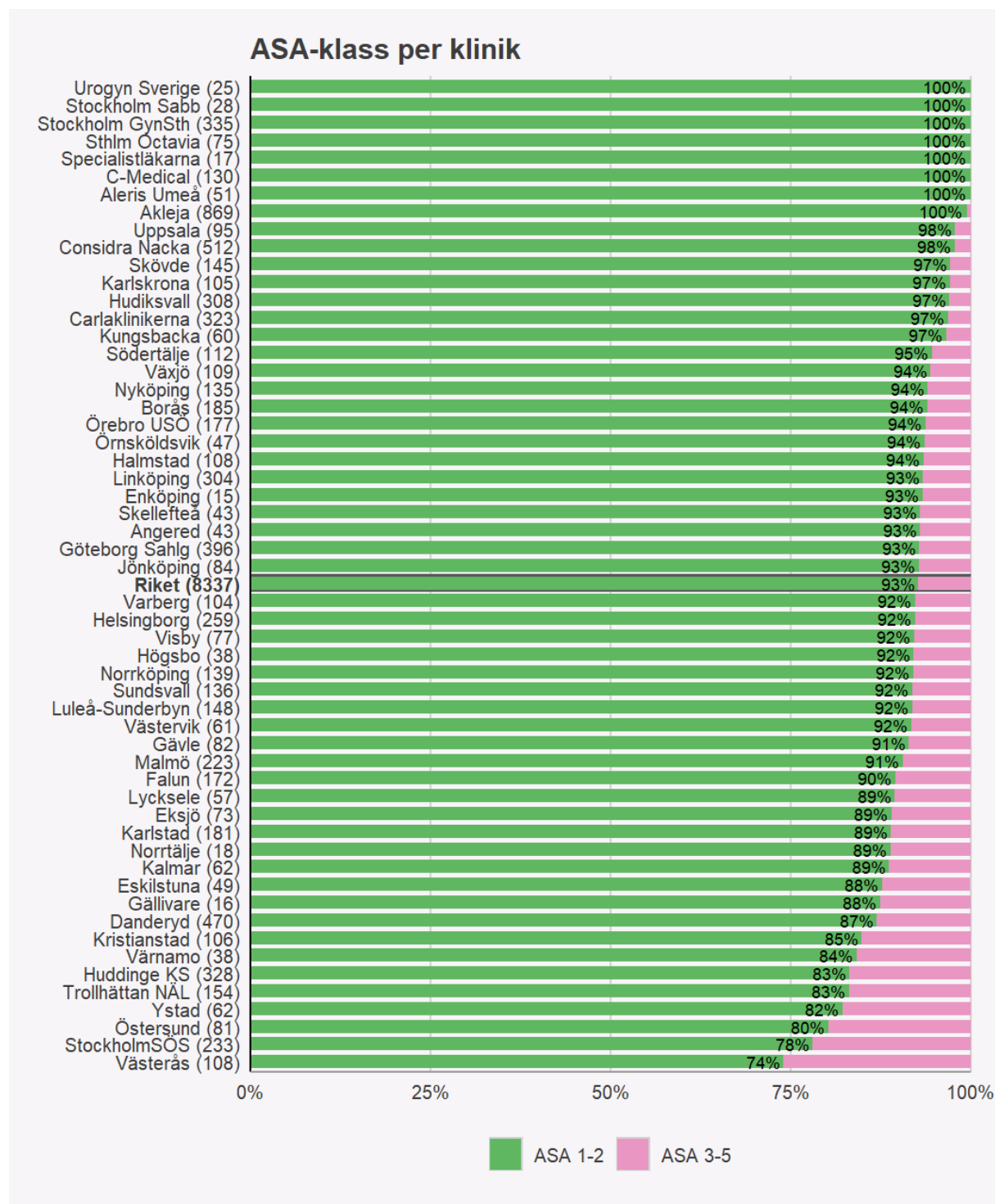
Ålder

Sett över hela landet är åldersfördelningen bland opererade kvinnor relativt jämn i spannet **35–85 år**. Dock har vissa kliniker en tydlig topp av yngre patienter, vilket sannolikt beror på åtgärder av fellästa **perinealkroppsskador**. När det gäller prolaps har tidigare studier visat att **ålder har en omvänd korrelation med subjektivt bot** – det vill säga att yngre kvinnor oftare upplever kvarstående besvär och är mindre nöjda med resultatet jämfört med äldre kvinnor (1-3).



Figur 10. Åldersfördelning per sjukhus.

ASA-klass



Figur 11. ASA-klass.

Preoperativt prolapsstadium

Här presenterar vi prolapsstadium enligt POP-Q:s stadielindeklningar (5). 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.

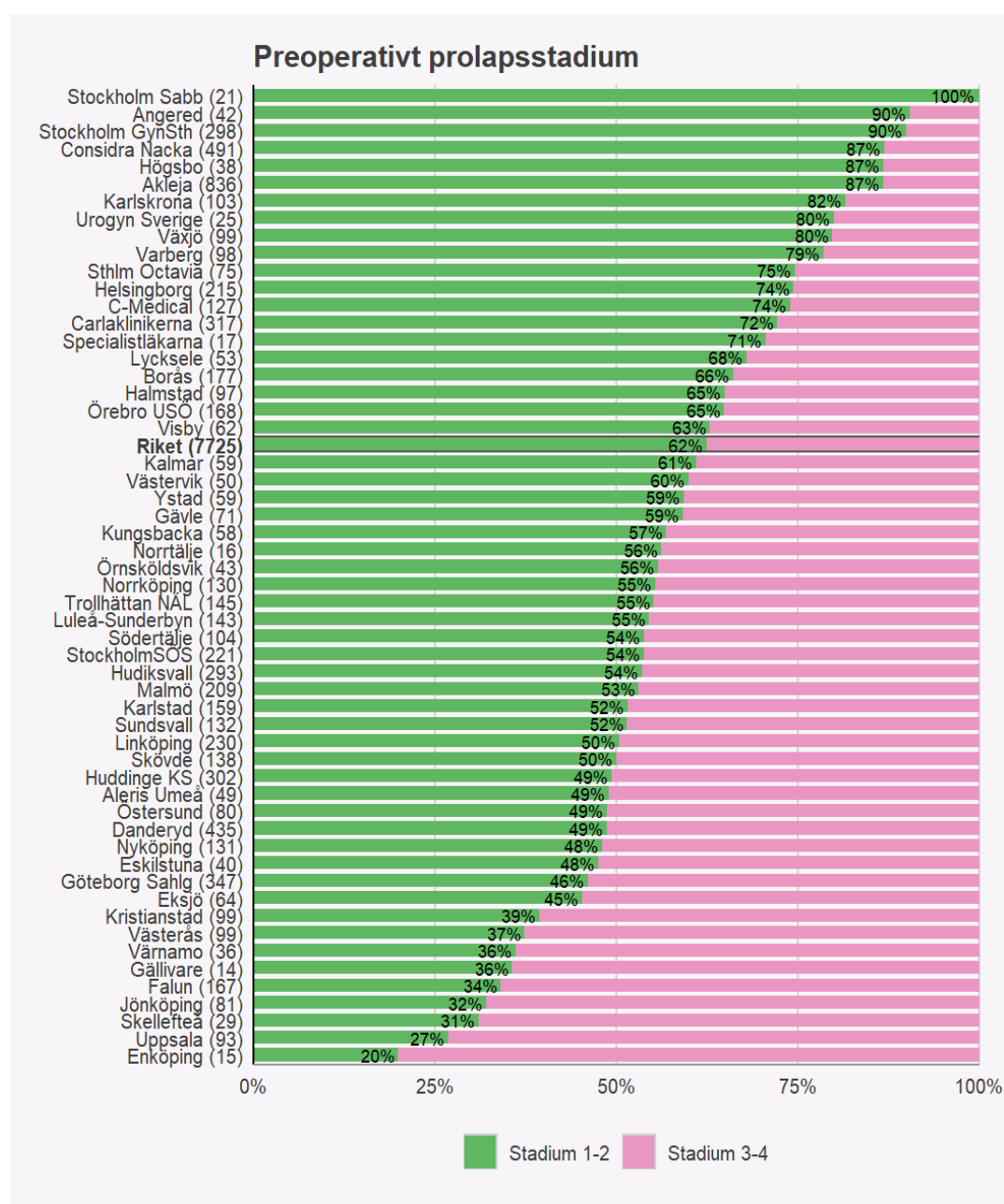
Stadium 2: lika med -1 till lika med +1.

Stadium 3: mer än +1 till och med +4.

Stadium 4: +5 eller mer.

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

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

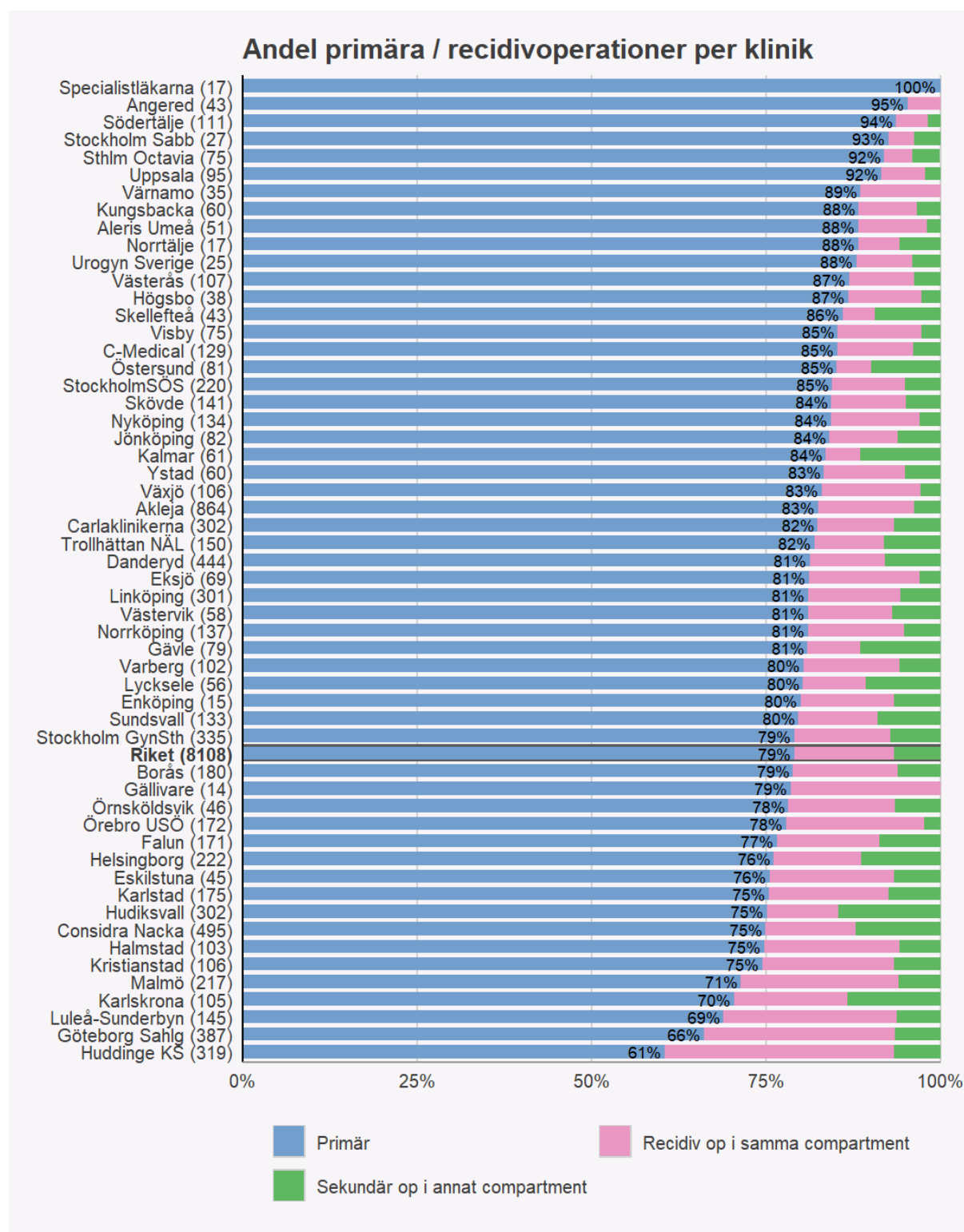


Figur 12. Preoperativt prolapsstadium.

Primär- kontra recidivoperationer

Figuren visar att nästan samtliga kliniker i Sverige utför både **primär- och recidivoperationer**. Att en klinik har en hög andel recidivoperationer betyder INTE att denna klinik har en hög andel recidiv efter sina primäringrepp, eftersom det är vanligt att patienten opereras för sitt recidiv på en annan klinik.

Det är av stor vikt att korrekt registrera i anamnesformuläret om ingreppet är en "**ren primäroperation**" det vill säga patientens allra första framfallsoperation. Det är också viktigt att skilja mellan en **recidivoperation i samma compartment** – där den tidigare rekonstruktionen har misslyckats – och en operation där en **ny del av slidan buktar fram**, vilket inte klassificeras som ett recidiv.



Figur 13. Andel primär-/recidivoperationer

Resultat – alla prolapsoperationer

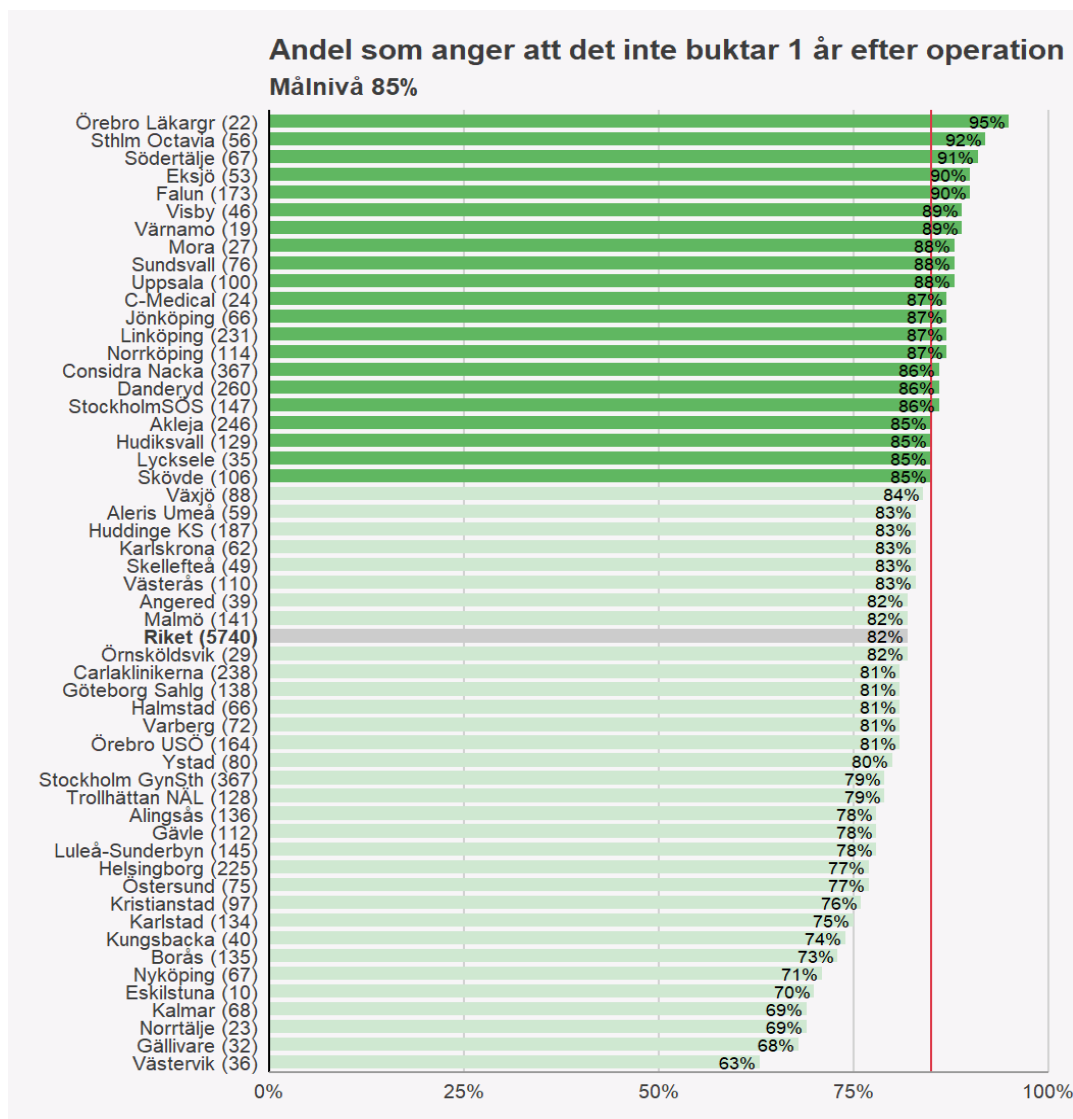
Globuskänsla ett år postoperativt

Symptomet **globuskänsla** – upplevelsen av att något buktar ut ur slidan – har visat sig ha hög sensitivitet och specificitet för anatomiskt verifierbart framfall som sträcker sig utanför slidöppningen (6–7). Studier har visat att **avsaknad av globuskänsla** korrelerar bäst med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi (7). Tidigare forskning har också påvisat att **risken för återfall är högst efter framväggsplastik**, där majoriteten av recidiven (över 60 %) inträffar inom det första postoperativa året (8). I figuren nedan redovisas resultaten från **1-årsenkäten** för patienter som opererades under år 2023. I GynOp-enkäten lyder frågan: "Har du en känsla av att något buktar i slidan?"

Svarsalternativen har dikotomiserats enligt följande:

- **"Nej"**: Aldrig, nästan aldrig, eller 1–3 gånger/månad
- **"Ja"**: 1–3 gånger/vecka eller dagligen

Målnivån har satts till **85 %**, baserat på vad som bedöms vara en rimlig nivå att uppnå. I år har **21 kliniker** nått denna målnivå, jämfört med **18 kliniker** år 2022, **15 kliniker** år 2021, **10 kliniker** år 2020 och **8 kliniker** år 2019. Hurra, Sverige! 🎉

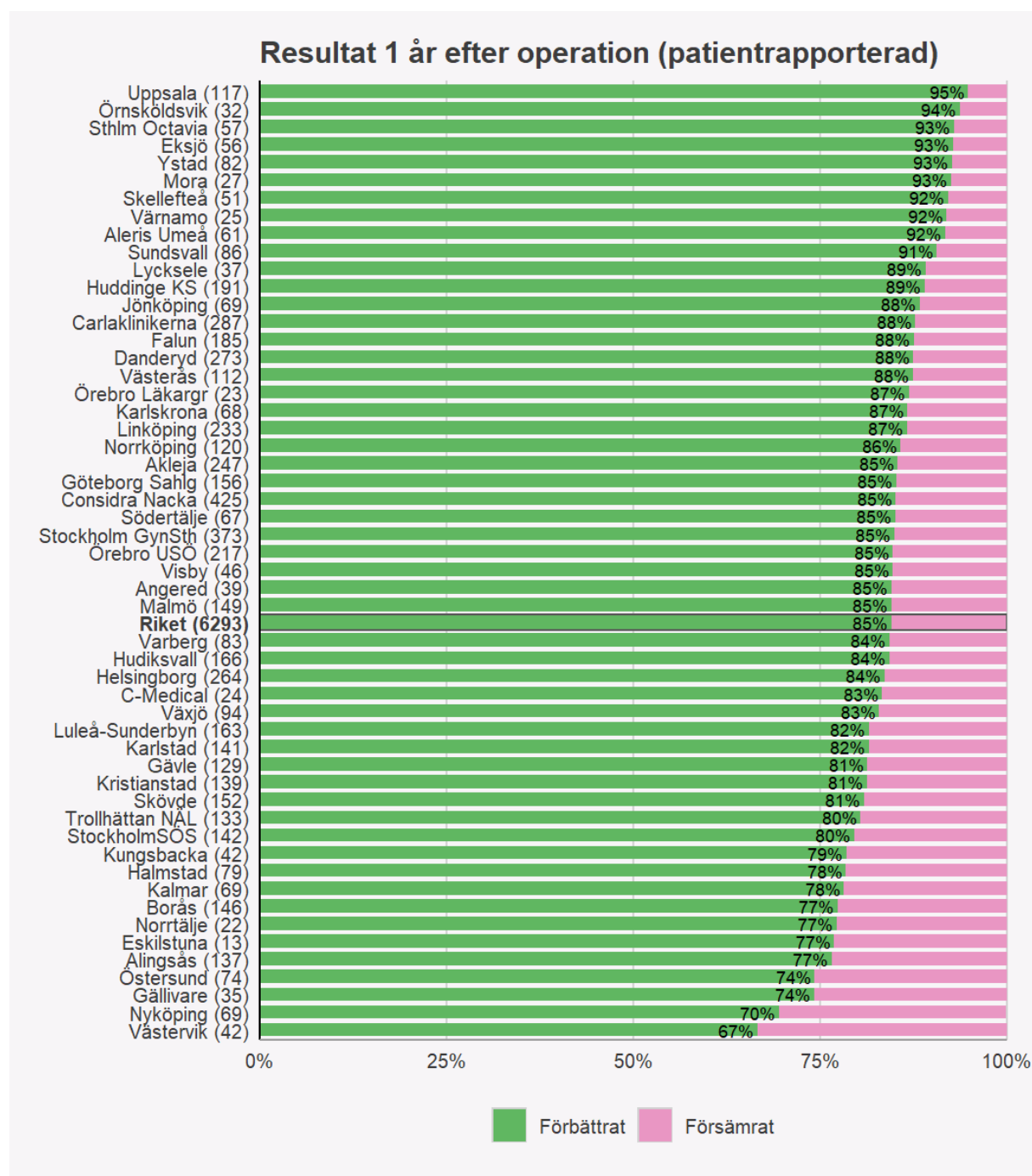


Figur 14. Andel patienter som anger att det inte buktar 1 år efter operation. OBS! Patienterna är opererade under år 2023.

Nöjdhet ett år postoperativt

Eftersom globuskänsla inte ger en fullständig bild av resultatet, är patientens egen upplevelse av förbättring och nöjdhet två viktiga utfallsmått vid utvärdering av kirurgi som syftar till att förbättra livskvaliteten. En patient kan exempelvis bli av med sin globuskänsla men ändå vara missnöjd om hon utvecklar smärta vid samlag eller nytillkommen urininkontinens.

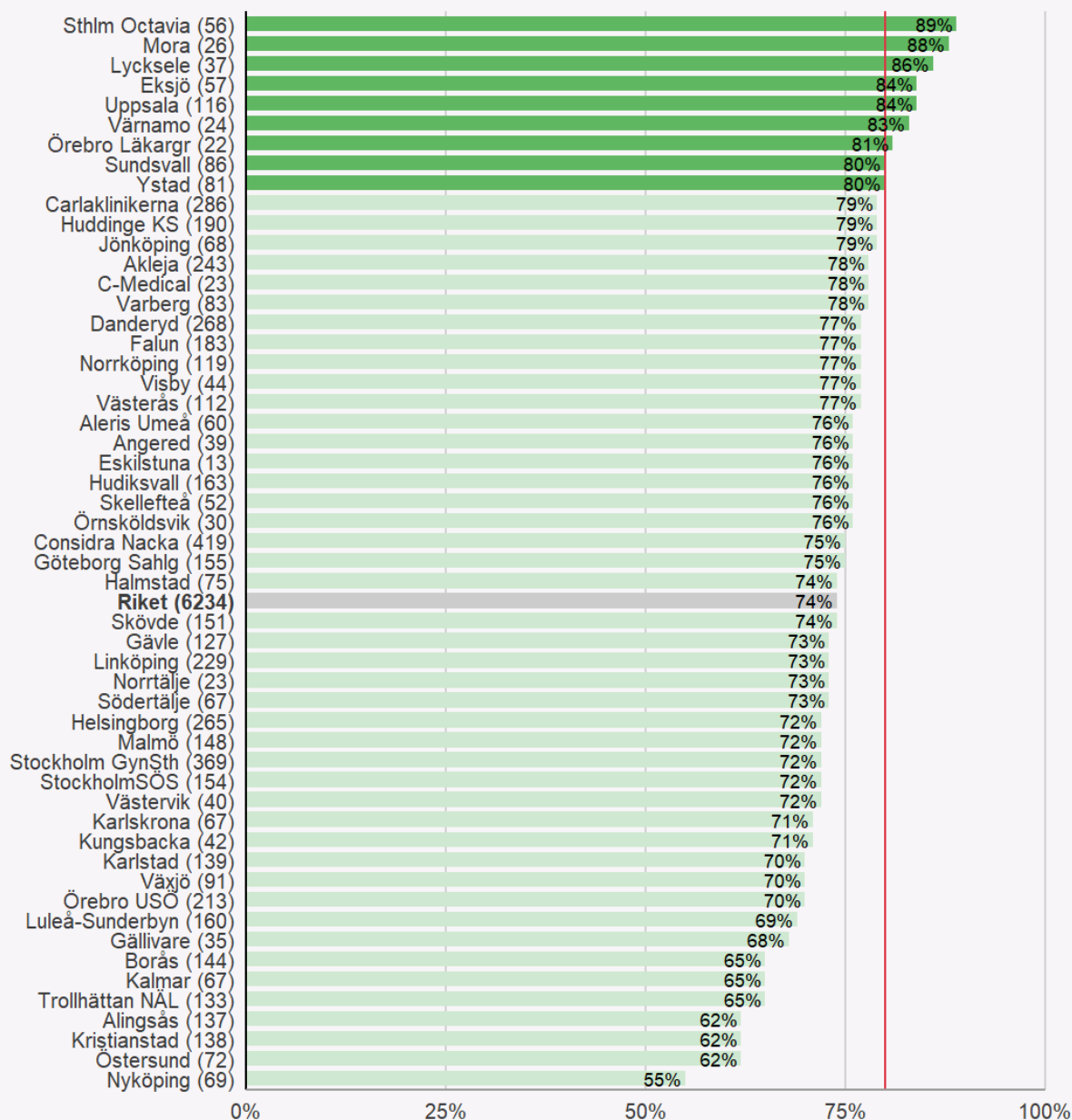
Figur 15 visar andelen patienter som upplever en förbättring, medan figur 16 illustrerar patientnöjdheten ett år efter kirurgi. Målnivån för patientnöjdhet är satt till 80 %.



Figur 15. Resultat "förbättrad" 1 år efter operation (patientrapporterad). Antalet operationer inom parentes efter klinikenamnet.

Nöjdhet 1 år efter behandling (patientrapporterad)

Målnivå 80%



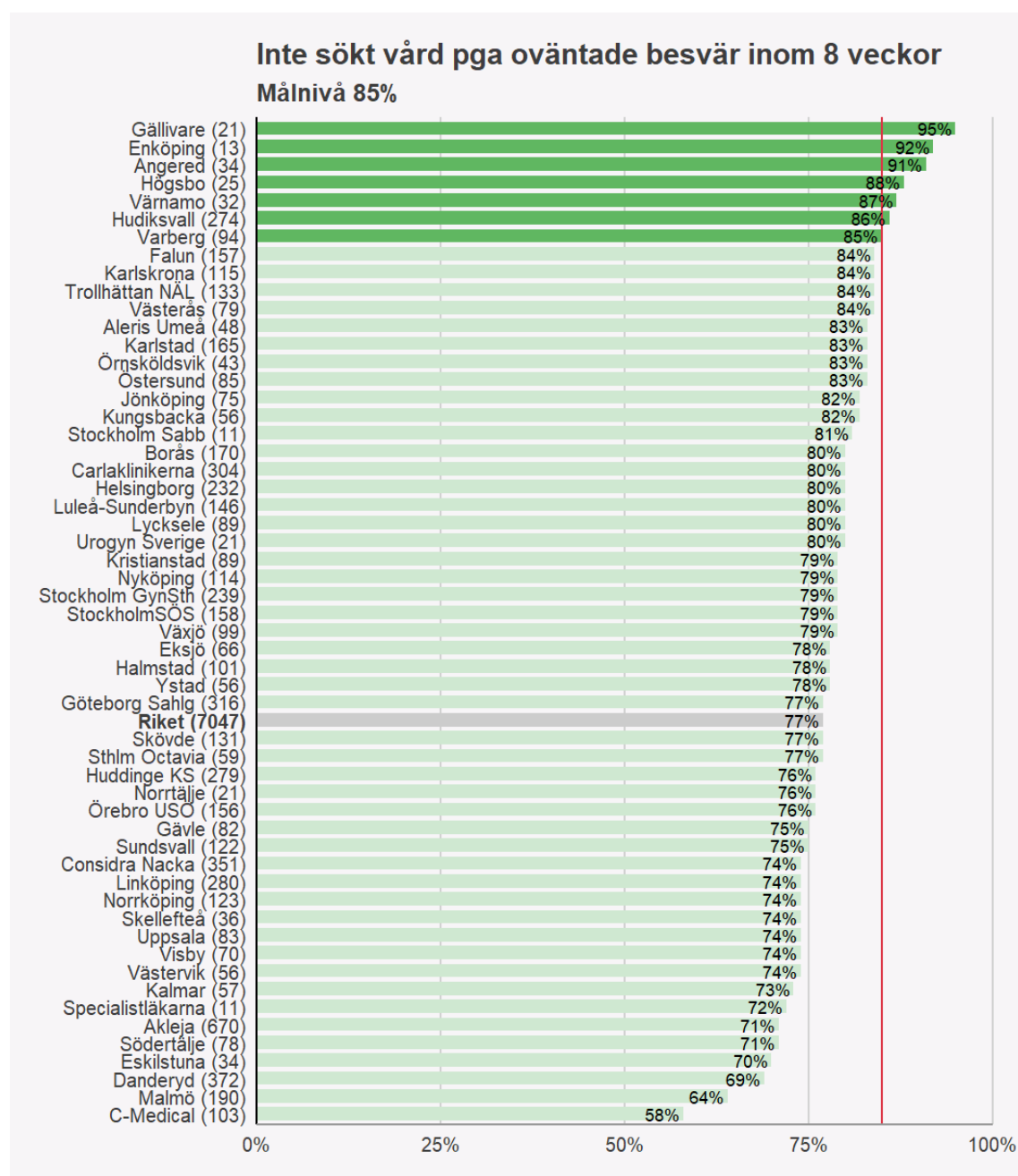
Figur 16. Andel nöjda 1 år efter operation. OBS! Patienterna är opererade under år 2023.

Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt

Figuren nedan visar andelen patienter som opererats under år 2024 och som inom åtta veckor efter ingreppet **inte** har behövt ett fysiskt vårdbesök på grund av oväntade besvär eller komplikationer. Kliniker med en hög andel patienter som behöver extra mottagningsbesök under konvalescensen bör genomföra en intern analys för att identifiera möjliga orsaker. Finns det faktorer som kan påverkas?

- Kan den postoperativa smärtlindringen optimeras ytterligare?
- Behövs mer omfattande skriftlig information inför återhämtningen?
- Rekommenderas bulkmedel rutinmässigt för att minska risken för postoperativ förstoppning?
- Bör incidensen av infektioner och urinretention granskas?
- Är sjukskrivningslängden tillräcklig?

En systematisk genomgång av dessa faktorer kan bidra till att minska behovet av oväntade vårdbesök och förbättra den postoperativa återhämtningen.



Figur 17. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

Patientinformation

En patient som besvarar **8-veckorsenkäten** via webben får, efter den ordinarie enkäten, en fråga om hon kan tänka sig att svara på ytterligare frågor om vårdkvaliteten. Dessa frågor handlar bland annat om information, bemötande, avskildhet, delaktighet och hygien.

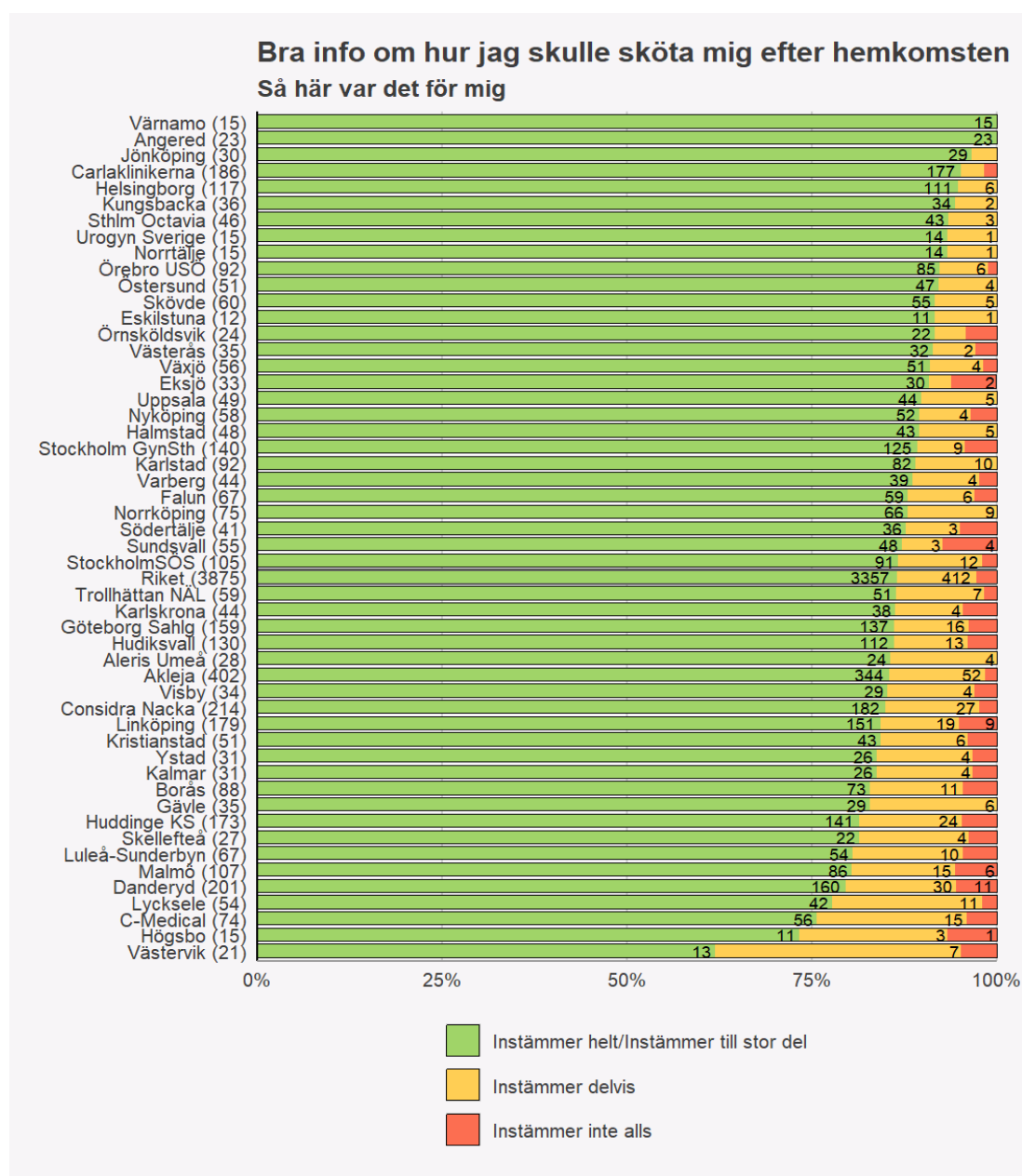
En av de frågor som patienterna värderar som särskilt viktig är:

"Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten."

Kliniker med låga resultat bör se över sina rutiner för postoperativ patientinformation.

För att underlätta detta har undertecknad tagit fram en **allmän informationsfilm** om egenvård efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi. Kliniker som är intresserade av att använda filmen är välkomna att ta del av den via följande länk:

<https://youtu.be/9FDiXoj0yPg?si=XOIU9Q-gM6tGM3kn>



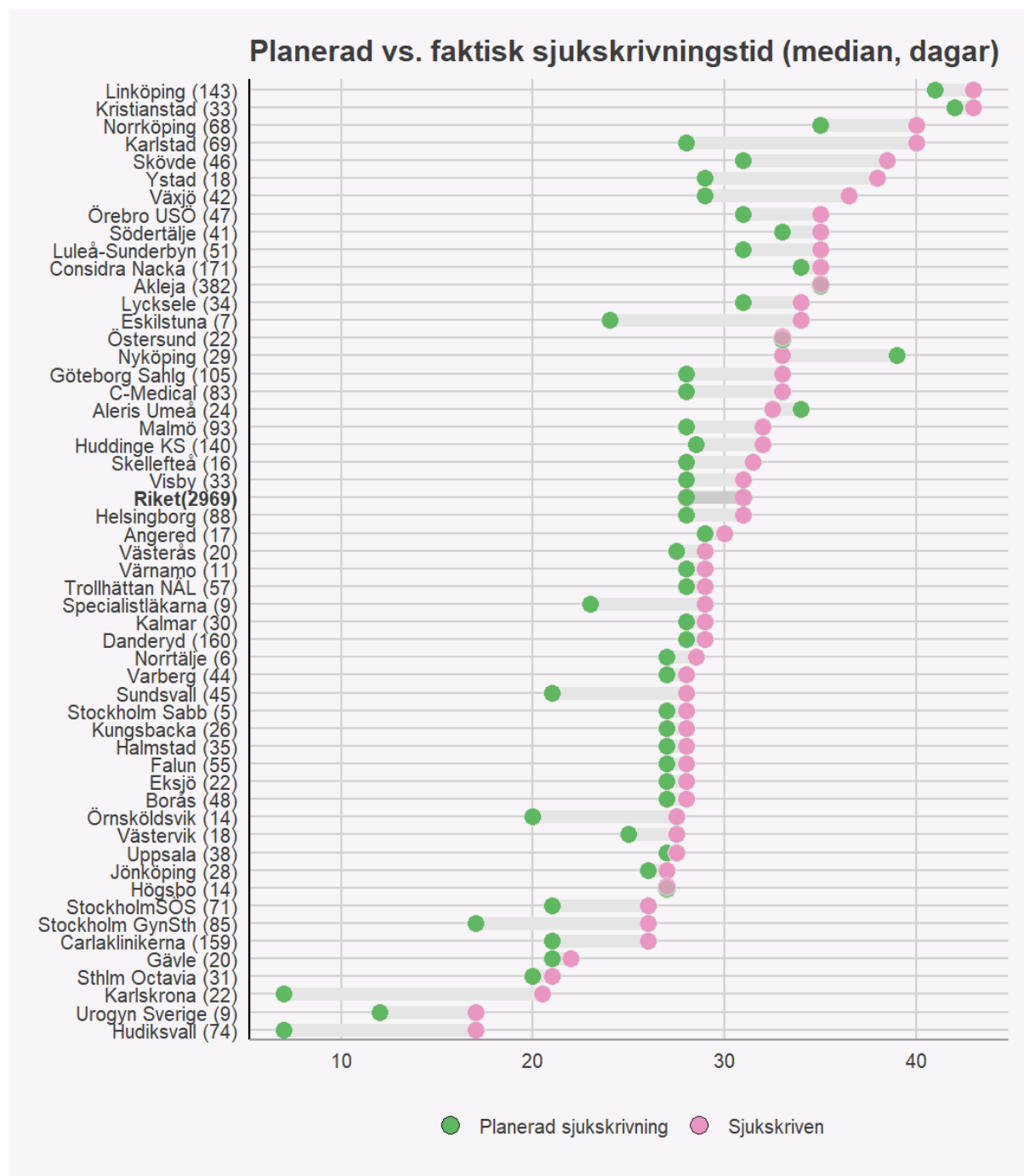
Figur 18. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten.

Sjukskrivning

Nedan redovisas sjukskrivningslängden efter bäckenbottenkirurgi, där antal dagar anges på x-axeln.

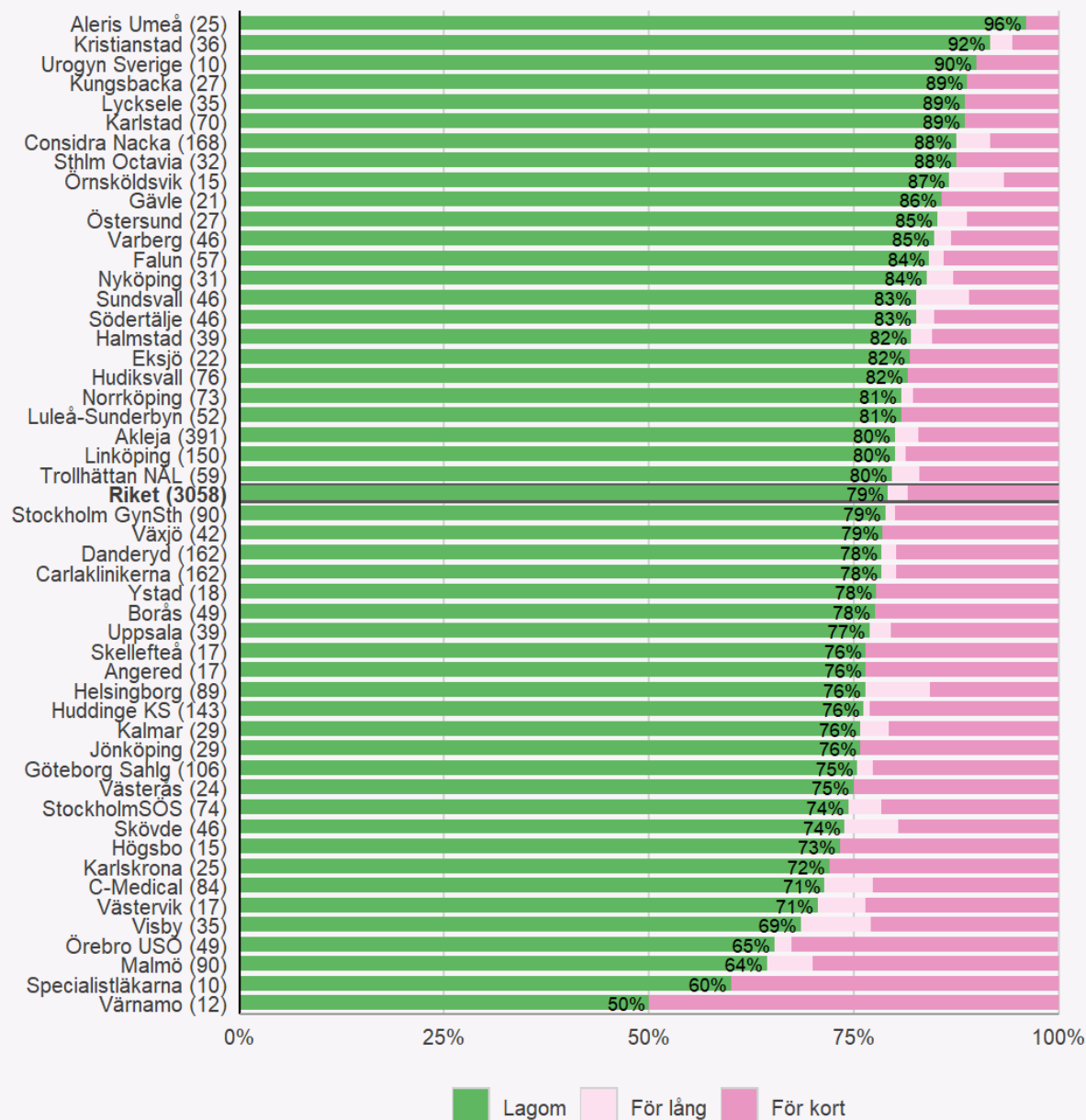
- **Gröna prickar** representerar den **planerade sjukskrivningstiden**, det vill säga den tid läkaren anger i utskrivningsformuläret.
- **Rosa prickar** visar det **faktiska antalet sjukskrivningsdagar**, alltså hur länge patienten slutligen varit sjukskriven.

Resultaten visar en stor variation i praxis mellan olika delar av landet. På de flesta kliniker förlängs sjukskrivningstiden jämfört med den ursprungliga planen. Ser vi till **riksgenomsnittet**, verkar patienter som genomgått **prolapskirurgi** vara sjukskrivna i genomsnitt **fyra veckor** efter operationen.



Figur 19. Planerad sjukskrivning mot faktisk sjukfrånvaro.

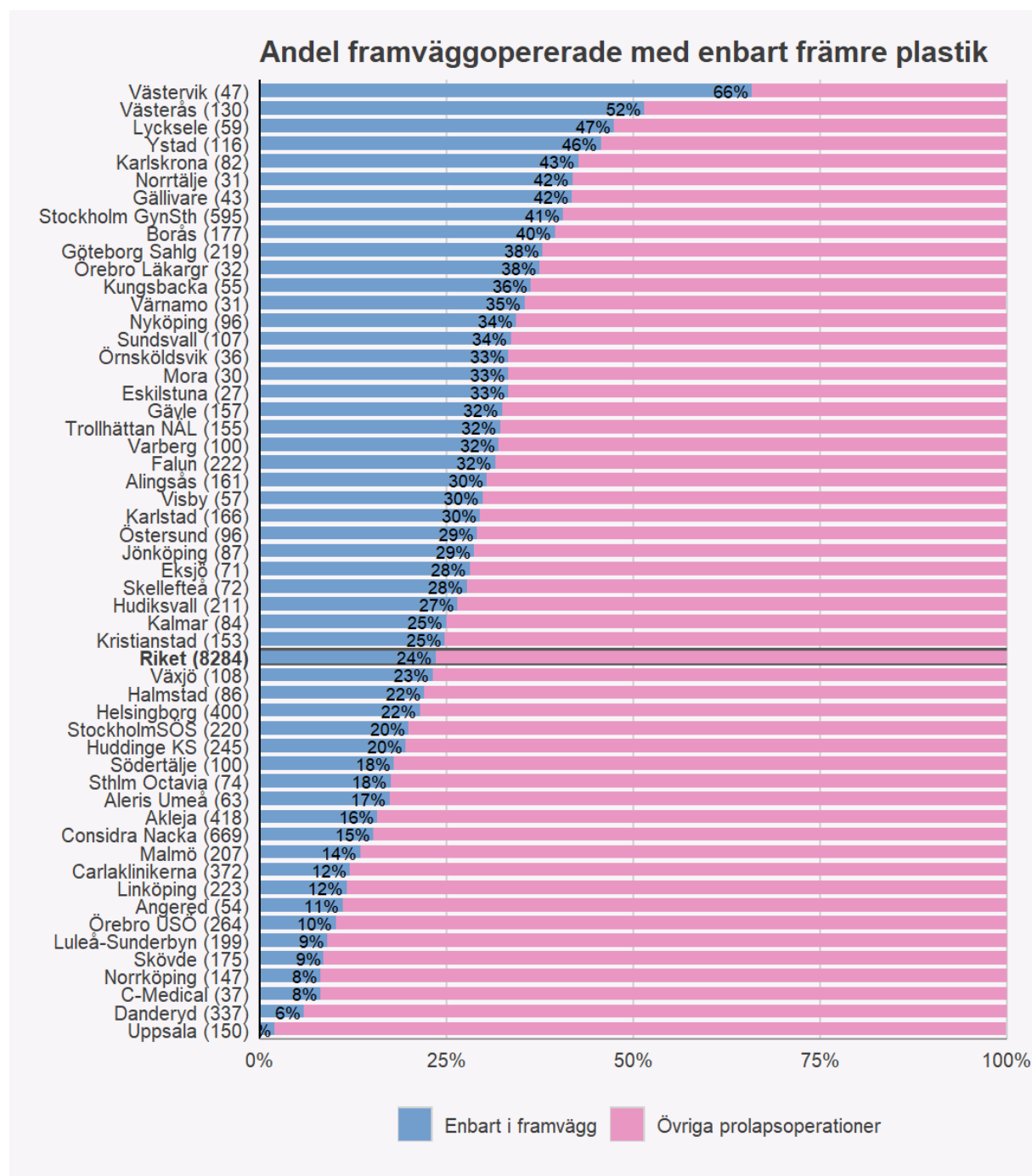
Bedömning av sjukskrivningens längd (patientrapporterad)



Figur 20. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

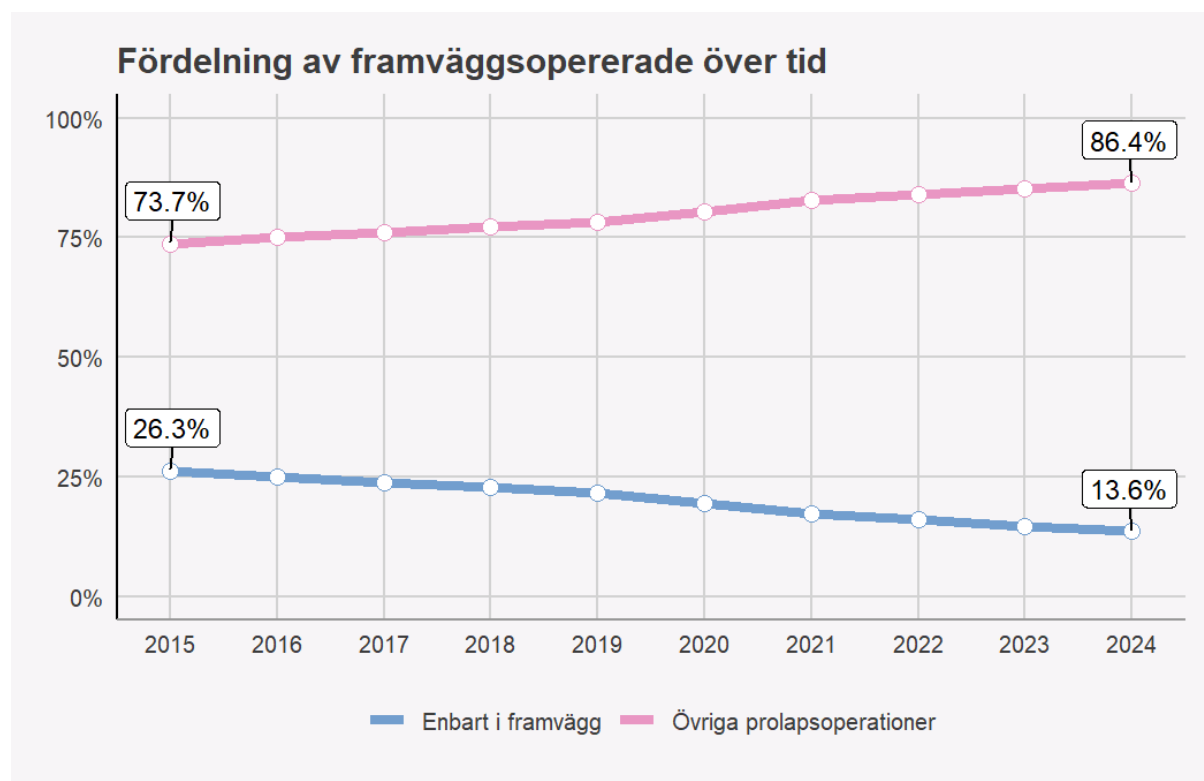
Främre plastik

För närvarande saknas tillräcklig forskning för att fastställa huruvida apikal upphängning eller optimering av mellangårdens stöd bör ingå som en regel snarare än ett undantag för att öka chansen till ett mer varaktigt resultat. Även om observationella data tyder på detta, saknas ännu evidens från randomiserade studier. (10)



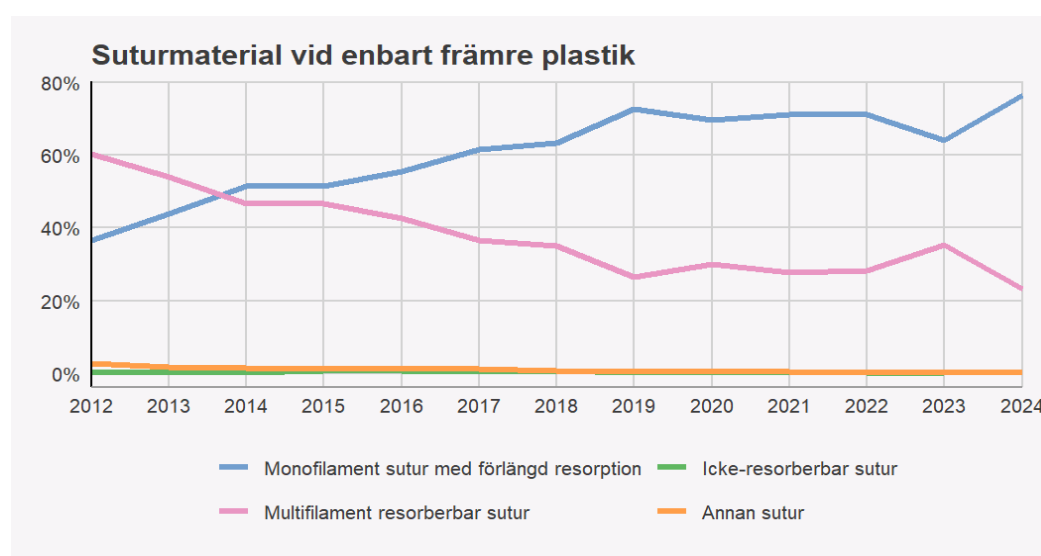
Figur 21. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.

Vi kan med hjälp av trenddiagrammet nedan konstatera att det under senaste 10 åren blivit alltmer ovanligt att endast göra en främre plastik (nästan halverad incidens).



Figur 22. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan prolapsoperation senaste 10 åren.

Valet av suturmateriäl har visat sig påverka resultatet (11). En studie baserad på data från GynOp-registret visade att patienter suturerade med materiäl motsvarande PDS rapporterade mindre globuskänsla och högre nöjdhet jämfört med de som suturerades med materiäl motsvarande Vicryl. Sedan dess har trenden i Sverige följt denna evidens. I förra årets årsrapport lyfte jag en oro kring att trenden verkade ha vänt. I årets rapport gläds vi däremot åt att utvecklingen återigen rör sig i rätt riktning.



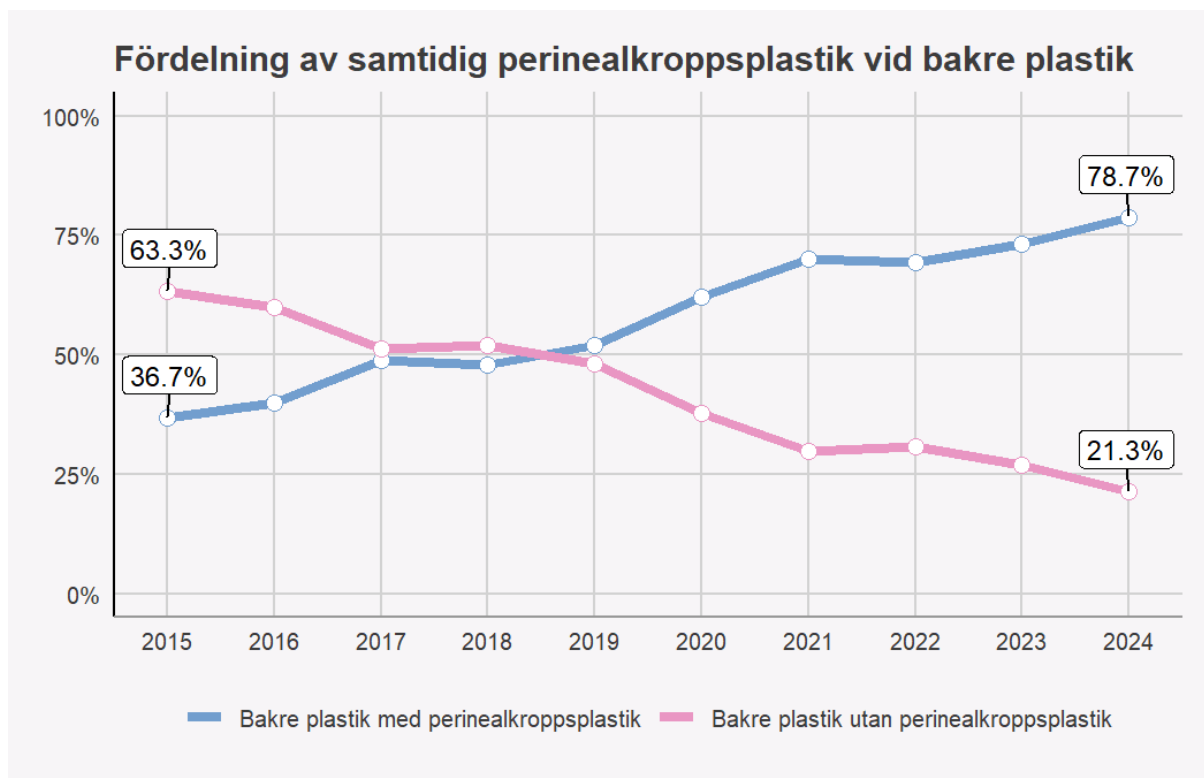
Figur 23. Suturmateriäl vid främre plastik.

Bakre plastik och perinealkroppsplastik

I Sverige är bakre plastik, med eller utan perineoraf, den vanligaste förekommande rekonstruktiva bäckenbottenkirurgiska operationen. Både "midline plication" och "site-specific repair" ingår i urvalet.

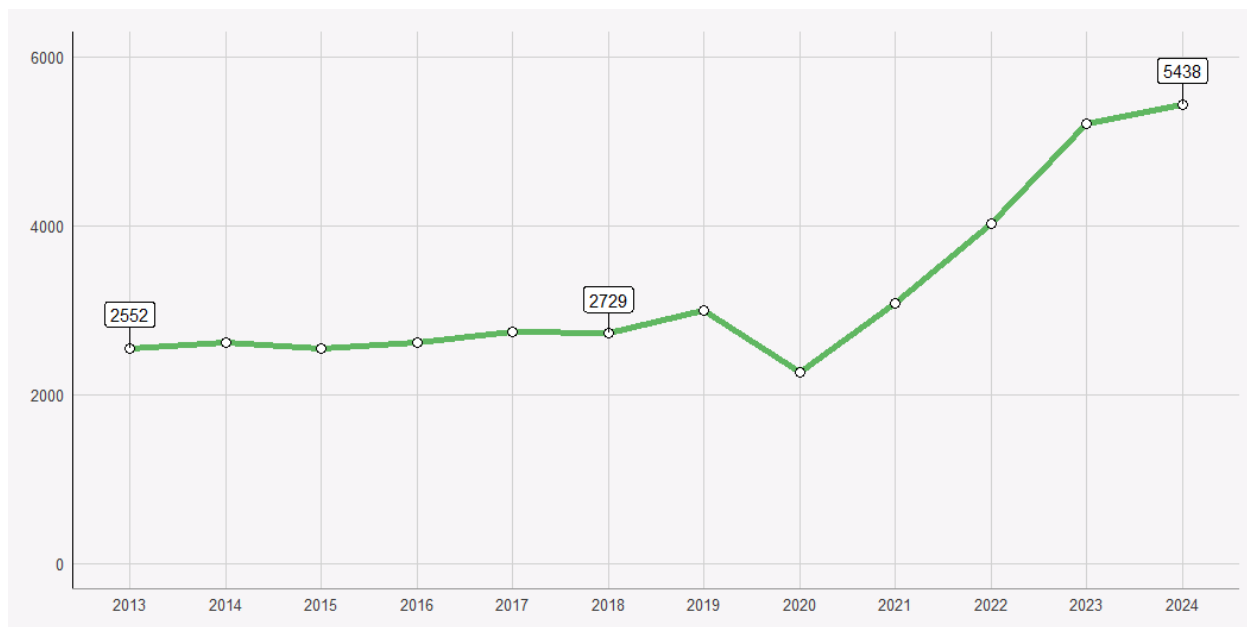
För närvarande kan registret tyvärr inte särskilja om en bakre plastik har utförts på grund av en regelrätt bakre prolaps eller om det utförts en distal bakre plastik till följd av ett proktocele orsakat av en felläkt perinealkropps-skada. Dessa grupper skiljer sig åt i viss utsträckning. Den första gruppen består oftast av äldre kvinnor med en stor, buktande bakvägg och klassiska framfallssymptom (level II-defekt). Den andra gruppen utgörs främst av yngre, relativt nyförlösta kvinnor med en tunn perinealkropp och ett distalt proktocele. Denna grupp besväras oftast av vidhetskänsla och tarmtömningssvårigheter (level III-defekt). De planerade förändringarna i GynOp kommer framöver att möjliggöra en bättre differentiering mellan dessa grupper.

I år har vi tagit fram ett trenddiagram som visar hur vanligt det är att perineoraf utförs i samband med bakre plastik. Trenden visar att rekonstruktion av perinealkroppen blir allt vanligare vid bakre plastik. För ungefär tio år sedan utfördes en samtidig perineoraf endast hos 37 % av patienterna, medan andelen under det senaste året hade ökat till nästan 80 %.



Figur 24. Fördelning av samtidig perinealkroppsplastik vid bakre plastik senaste 10 åren.

Figuren nedan illustrerar att antalet bakre kolporafi **med** perineoraf markant ökat i Sverige sedan den första studien kring resultat publicerades år 2020 (12). Studie visade att perineoraf gör stor nytta gällande symptomlindring hos kvinnor med vidhetsbesvär och tarmtömningssvårigheter.



Figur 25. Antalet ingrepp med enbart bakre plastik och perineorafi i Sverige senaste 10 åren.

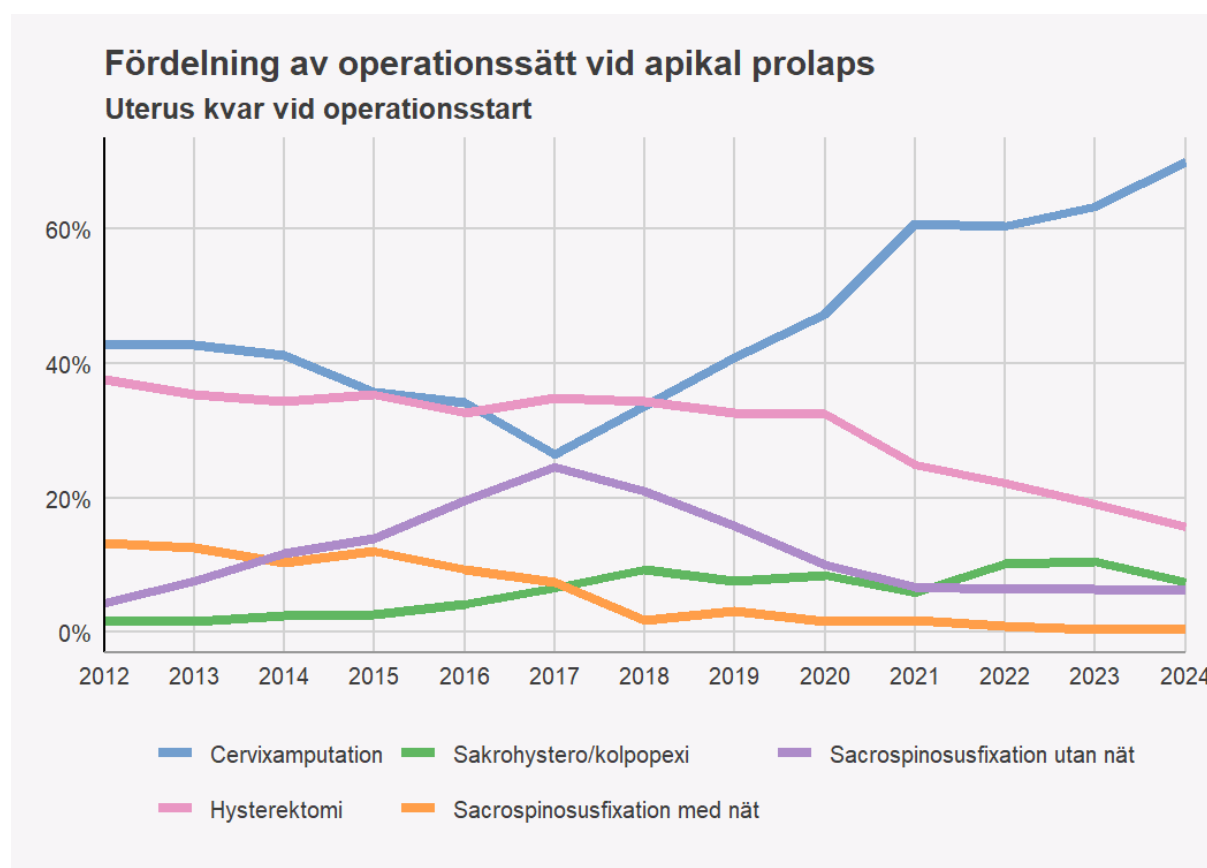
Vi ser att riksgenomsnittet gällande nöjdhet efter detta ingrepp ligger stabilt kring cirka 75 % under de senaste åren. Tekniken är inte standardiserat och det krävs ytterligare forskning för att ge evidens för den mest optimala tekniken. Vi ser ingen skillnad i utfall när vi jämför yngre premenopausla patienter med postmenopausala äldre kvinnor.

Apikal defekt

Framfall av den främre vaginalväggen samvarierar i hög grad med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi) (13–14). Korrigering av det apikala stödet tycks halvera risken för reoperation (15). Det råder dock ingen konsensus kring när en apikal upphängning bör ingå i ingreppet. För vissa operatörer är det avgörande att livmodertappen når hymennivå, medan andra anser att det räcker om livmodern sjunker ner mer än halva vaginallängden. Dessutom finns flera olika kirurgiska metoder att välja mellan.

En Cochrane-sammanställning från år 2016 drog slutsatsen att sakrohysteropexi/sakrokolpopexi har högst lyckandefrekvens (kring 95 %) jämfört med vaginala operationsmetoder, RR 2.1 (95 % CI 1.1–4.2) (16). Svenska data från GynOp-registret har dock inte kunnat bekräfta dessa resultat (17). Ett problem med Cochrane-sammanställningen är att samtliga vaginala metoder klumpats ihop trots att vi numera vet att exempelvis sakrospinosusfixation har betydligt sämre resultat jämfört med cervixamputation (18).

Nedan illustreras trenden i Sverige gällande olika operationsmetoder för uterusprolaps. Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och är numera inte längre den vanligaste metoden. Cervixamputation har fått ett uppsving i enlighet med SFOG-riktlinjerna och fortsätter att öka i popularitet. Den är nu den dominerande metoden och utförs i 70 % av fallen. Samtidigt blir sakrospinosusfixation en allt mindre vanlig metod. Sakrohysteropexi/sakrokolpopexi ligger tämligen stabilt kring 10 %.



Figur 26. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

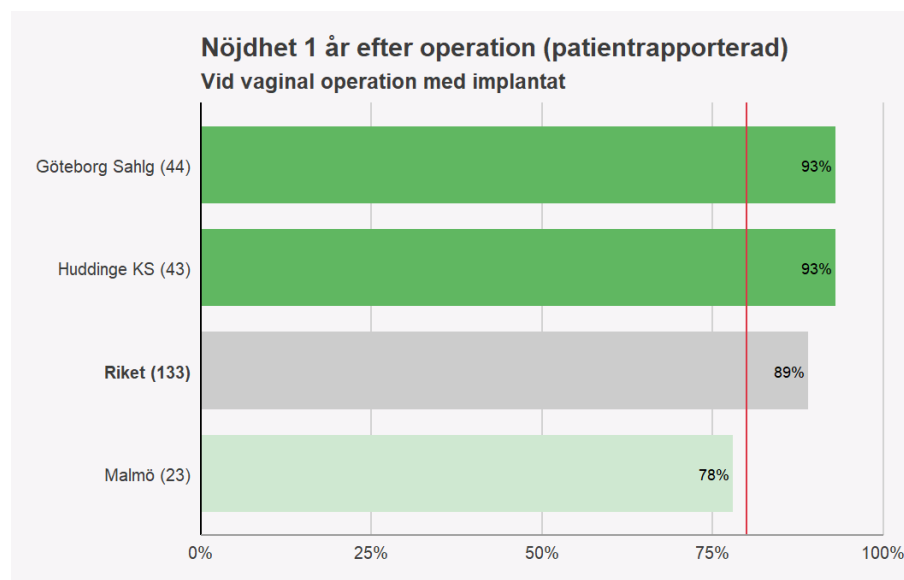
Vaginal nätkirurgi

Nedan 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 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.

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

	Antal 2019	Antal 2020	Antal 2021	Antal 2022	Antal 2023	Antal 2024
Splentis	53	31	29	30	11	20
Calister	102	53	70	98	68	97
Uphold	112	2				
Ultrapro	9	7	10	19	5	
Prolene	28	28	26	41	19	1
Pinnacle	24	7				
Nuvia	6					
Elevate	4	1				
Pelvicol/pelvisoft						2
Övriga	8	7	4	8	3	
Totalt	346	136	139	196	103	120

Sedan oktober 2022 har den vaginala nätkirurgin centraliserats till tre kliniker i Sverige; Huddinge, Göteborg och Malmö. Figur 27 illustrerar patientnöjdhet 1 år efter operation på dessa tre kliniker med sammanslagna data från 1 oktober 2022 fram tills december 2023.



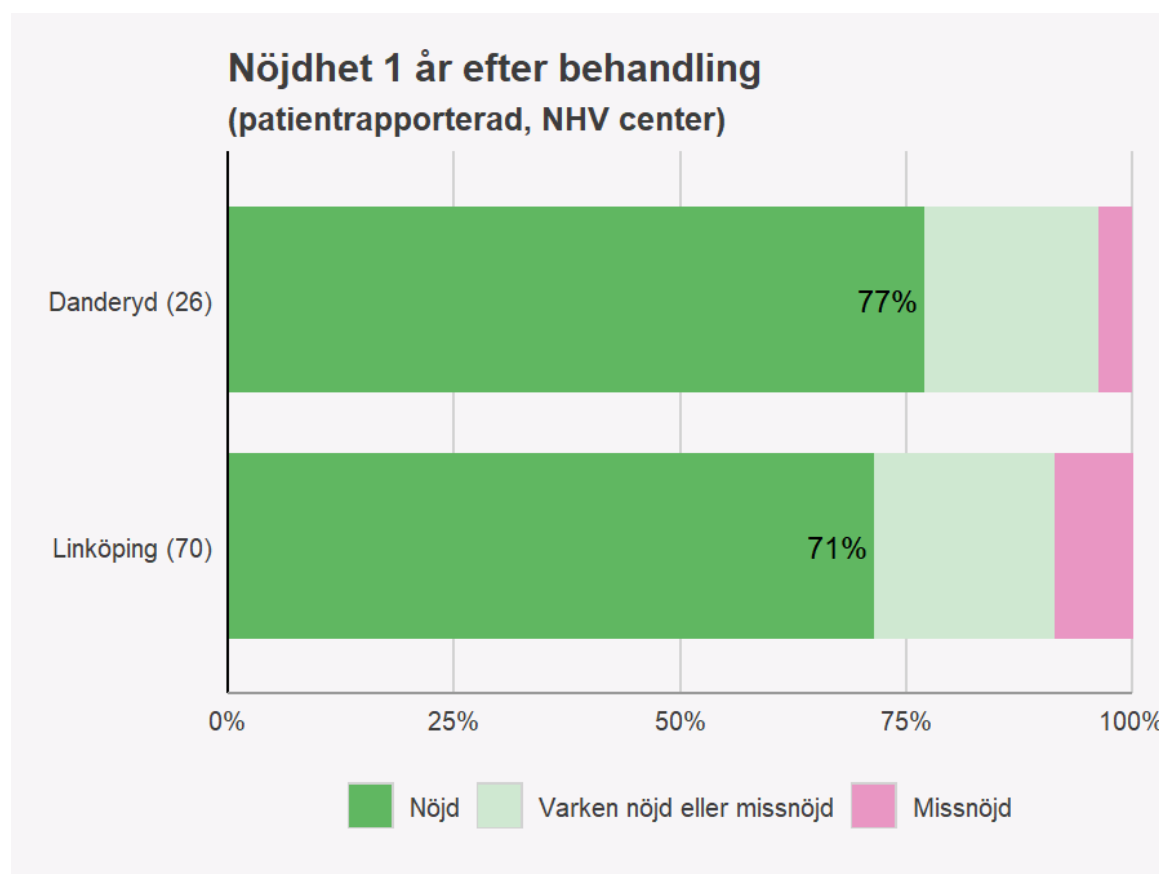
Figur 27. Nöjdhet 1 år efter vaginal nätkirurgi på de tre NHV-centra i Sverige.

Sekundär analsfinkterrekonstruktion

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

Tabell 3. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador år 2023 och 2024.

Klinik	Antal 2023	Antal 2024
Linköping	61	52
Danderyd	26	47



Figur 28. Nöjdhet 1 år efter behandling. Data från 2022-10-01 till 2023-12-31.

Komplikationer

Clavien-Dindo är ett instrument för att klassificera **postoperativa** komplikationer och omfattar förloppet 30 dagar efter operation. Det används inom kirurgisk resultatuppföljning och forskning och har visat sig vara ett reproducerbart system. Sedan 2016 ingår Clavien-Dindo i GynOp-registret som ett komplement till komplikationsbedömningarna, vilket underlättar publicering av registerforskning.

Om en patient i 8-veckorsenkäten anger att hon drabbats av en komplikation gör kliniken eller ansvarig läkare en bedömning av detta. Om läkaren bekräftar att en postoperativ komplikation har inträffat, ska den graderas enligt Clavien-Dindo. Glädjande nog används denna klassificering i hög utsträckning, då endast 1,5 % av fallen saknar uppgift.

Med en svarsfrekvens på 84 % för 8-veckorsenkäten fångas majoriteten av de postoperativa komplikationerna upp. Tabellen nedan visar fördelningen av rapporterade komplikationer enligt Clavien-Dindo. Vi konkluderar att 10 % rapporterar lindriga och 0.7% rapporterar allvarigare komplikationer efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi.

Tabell 4. Fördelningen av rapporterade komplikationer enligt Clavien-Dindo

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i hela pop.
Grad 1	346	849	40.8%	4.9%
Grad 2	440	849	51.8%	6.2%
Grad 3a	21	849	2.5%	0.3%
Grad 3b	25	849	2.9%	0.4%

Vid manuell genomgång av läkarrapporterade allvarliga komplikationer finner vi under år 2024: en tarmskada, två uterärskador, 12 allvarliga blödningar, 20 allvarliga infektioner, två "allvarlig postoperativ smärta", en postoperativt adherensileus och en djup ventrombos.

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 ska värna om denna guldgruva. Tillsammans kan vi tack vare allas engagemang fortsätta använda registret till värdefull kvalitetsuppföljning och till att bedriva kvalitativ forskning.

Inom GynOp-registret lägger vi stort fokus i nuläget på att öka den interna validiteten i det vi registrerar. Gällande bäckenbottenkirurgi har beslut fattats att byta de befintliga enkätfrågorna om bäckenbottenbesvär till validerade frågor som har högsta rekommendationsgraden i ICS/IUGA.

Ett omfattande valideringsarbete har dessutom genomförts som visar att majoriteten av GynOps nyckelvariabler har en hög validitet. Artikeln är precis inskickad till en vetenskaplig tidskrift och är sannolikt publicerad när denna årsrapport sänds ut till era verksamheter. Håll utkik efter valideringsstudien!

Samtidigt pågår ett renoveringsprojekt där anamnes-, status- och operationsformuläret gällande bäckenbottenkirurgi genomgår omfattande förändringar. Ändringarna har diskuterats i UR-ARG och med representanter från NHV-centra (vaginala nät, analsfinkterrekonstruktion och fistelkirurgi). GynOps IT-enhet är nu i full fart med programmeringen. Vi håller tummarna för en produkt klar för lansering innan årsskiftet.

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.
Bäckenbotten	Bäckenbotten är den muskulatur som bildar ett "golv" i bäckenet och håller upp de inre organen i buken.
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.
Demografi	Befolkningslära.
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
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.
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
Midline plication	En operationsteknik där operatören med stygn för ihop slidväggens bindväv från sidan till mitten.
NHV	Nationell högspecialiserad vård. Innebär att vissa sjukhus har fått ett nationellt uppdrag att utföra en viss typ av operation eftersom de uppfyller kraven om kunskap att utföra denna typ av operationer.
Perinealkropp	Mellangården, muskelfäste mellan slidmynningen och ändtarmsöppningen
Perineoraf	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 sidan
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. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29:13-21.
2. Salvatore S, Athanasiou S, Digesu GA, et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol Urodyn* 2009;28:301-4.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
8. 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.
9. 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.
10. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
11. 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.
12. Bergman I, Westergren Söderberg M, Ek M. Perineorrhaphy Compared With Pelvic Floor Muscle Therapy in Women With Late Consequences of a Poorly Healed Second-Degree Perineal Tear: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2020
13. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1438-43.
14. Lowder JL, Park AJ, Ellison R, et al. The role of apical vaginal support in the appearance of anterior and posterior vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 2008;111:152-7.
15. Eilber KS, Alperin M, Khan A, et al. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol* 2013;122:981-7.
16. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:Cd012376.
17. Brunes M, Johannesson U, Drca A, Bergman I, Söderberg M, Warnqvist A, Ek M. Recurrent surgery in uterine prolapse: A nationwide register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022
18. Enklaar RA, Schulten SFM, van Eijndhoven HWF, Weemhoff M, van Leijsen SAL, van der Weide MC, van Bavel J, Verkleij-Hagoort AC, Adang EMM, Kluivers KB; SAM Study Group. Manchester Procedure vs Sacrospinous Hysteropexy for Treatment of Uterine Descent: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023.