

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-04-22

Innehållsansvar: Georgios Charonis, (geoch), Överläkare

Giltig till: 2027-04-30

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Hysterektomi – metodval vid benign sjukdom

Revideringar i denna version

Helt omarbetat styrdokument.

Bakgrund, syfte och mål

Handläggningsrutin för metodval vid hysterektomi vid benign sjukdom.

Metodval

Hysterektomi vid benign indikation delas in i två huvudgrupper – **öppen** kirurgi och **minimalinvasiv** kirurgi. Under de senaste åren har andelen minimalinvasiv kirurgi ökat kraftigt i Sverige, från cirka 50 % år 2014 till cirka 75 % år 2023. Data kommer från Gynop-registrets årsrapporter. Målvärdet för minimalinvasiv kirurgi höjdes vid senaste årsrapporten (2024) till 75 %. Enligt samma årsrapport är robotassisterad total laparoskopisk hysterektomi den vanligaste metoden i Sverige.

På SkaS har vi de senaste åren lyckats ha ännu högre andel minimalinvasiva hysterektomier än målvärdet tack vare avancerad operativ utrustning. År 2024 gjordes mer än 90 % av de benigna hysterektomierna med minimalinvasiv teknik.

Uterus storlek och val av operationsmetod

I äldre styrdokument rekommenderade vi minimalinvasiv hysterektomi till de fall där uterusvikt förväntades vara mindre än 500 g. De senaste två åren har vi dock kunnat göra hysterektomier med minimalinvasiv metod utan att ta hänsyn till uterusstorlek och de enstaka hysterektomierna som gjordes ned öppen kirurgi gjordes av annan anledning än uterusstorlek (till exempel malignitetsmisstanke, känd massiv adherensstatus i buken).

Om man ändå vill göra en grov uppskattning av uterusvikt kan det göras med följande formel:

Uterus vikt (g) = uterus längd (cm) x uterus bredd (cm) x uterus AP (anteroposteriort)-mått (cm) x 0,5.

Måtten behöver inte vara exakta eftersom ett par cm avvikelse inte leder till någon signifikant skillnad – formeln är redan från början gjord för att man ska få en grov uppskattning av uterusstorlek.

Minimalinvasiv teknik delas in i:

- **TLH**, Total laparoskopisk hysterektomi (*med eller utan robot-assistans*). Alla moment görs via laparoscopi. Även om man redan pre- eller peroperativt skulle välja att göra kolpotomin och/eller sutureringen av vaginaltoppen transvaginalt, anmäls patienten i Orbit som TLH.
- **LAVH**, Laparoskopiassisterad vaginal hysterektomi. Här har man redan preoperativt valt att arteria uterina ska ligeras transvaginalt.
- **Vaginal hysterektomi** där alla operationsmoment görs transvaginalt.
- (vNOTES = Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery är en vaginal hysterektomi utförd med laparoskopisk teknik som vi *inte* gör på SkaS då vi saknar utrustning för detta.)

Att välja lämplig operation bland de minimalinvasiva teknikerna

- Det enklaste valet är TLH då man inte behöver ta hänsyn till faktorer som till exempel lätt tillgång till arteria uterina transvaginalt. Eventuell adnex- eller övrig kirurgi kan göras under samma seans med de instrument som finns i gallret och eventuellt enstaka extra instrument kan beställas pre- eller peroperativt utan att behöva öppna ett helt galler.
- LAVH är ett bra val om man planerar att göra någon form av adnexkirurgi samtidigt som hysterektomin och det dessutom finns någon form av prolaps man vill åtgärda, till exempel cystocele. Då gör man en del av operationen laparoskopiskt och en del via vagina.
- Vaginal hysterektomi har av olika anledningar fått allt mindre plats de senaste åren, både i Sverige men även internationellt. Detta gör att nu för tiden är det bara patienter som har någon form av framfall (symtomatisk eller asymtomatisk) som gör att de

är lämpliga för just denna typ av operation (även om orsaken till hysterektomin inte är prolapsrelaterad).

Ett särskilt kapitel är hysterektomi som görs på grund av dysplasi. Då är det önskvärt att, om möjligt, göra kolpotomin transvaginalt, framförallt om det finns jodnegativa områden över vaginala fornices. Detta är inte alltid tekniskt möjligt och beslutet fattas i samband med läkarundersökningen vid inskrivningen. Det är därför inte så viktigt att fundera över om man har valt rätt operationskort då vi har möjlighet att ändra det i samband med operationsplaneringen.

Slutgiltigt beslut om metodval

Det slutgiltiga beslutet om metodval tas i samband med operationsplaneringen då man går igenom planerad operation, planerade operatörer och annat som kan påverka. Då kan man ändra metod om man bedömer så.

Avvikelser i val av metod från det som rekommenderas i styrdokumentet är **helt tillåtna** om man har dokumenterat orsaken i patientens journal och informerat patienten (detta görs i samband med inskrivningen). Absolut sista chansen för byte av metod är vid inskrivningen. Tänk på att det alltid är lättare att ändra operationsanmälan från laparoskopisk hysterektomi till vaginal eller abdominell hysterektomi än tvärtom. Att däremot byta från abdominell eller vaginal hysterektomi till laparoskopisk dagen innan planerat ingrepp är inte lämpligt då det krävs betydligt längre preoperativa förberedelser. Att ändra från annan typ av hysterektomi till robotassisterad laparoskopisk operation är i princip omöjligt då robotsalen inte är flexibel för ändringar.

Glöm inte

- Inkludera i Gynop-registret (fyll i rutan på blanketten när patienten anmäls).
- Nämn HOPPSA-studien (patienten kan i lugn och ro läsa när hon har fått tillgång till Gynop-registret). Det är önskvärt att patienten har fattat ett beslut (om hon vill vara med eller inte i studien) när hon kommer för inskrivning.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Georgios Charonis, (geoch), Överläkare

Granskad av: Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-16

Version: 7.0

Giltig från: 2025-04-22

Giltig till: 2027-04-30