

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2025-02-07

Innehållsansvar: Ida Krusell, (idajo34), Underläkare, ST

Giltig till: 2027-02-28

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

# Vaginal prolaps

## Revideringar i denna version

Nytt styrdokument.

## Bakgrund, syfte och mål

Vägledning för hantering av patienter med vaginal prolaps.

## Innehåll

1. [Preventiva åtgärder](#)
2. [Vårdcentralens roll](#)
3. [Mottagningsbesök](#)
4. [Diagnos](#)
5. [Behandling](#)
6. [Operation](#)
7. [Uppföljning](#)
8. [Patientnyttig information](#)
9. [Källa](#)
10. [Arbetsgrupp](#)

## Preventiva åtgärder

Prolaps är ett mångfacetterat tillstånd och riskfaktorerna är sannolikt olika för olika typer av prolaps. Länge har barnafödande ansetts vara starkt associerat med prolaps. Den klassiska Manchesterskolan föreslog fem faktorer som kunde orsaka framfall:

- Barnafödande
- Tunga lyft
- Vävnadssvaghet
- Postmenopausal atrofi
- Ökat buktryck

Risken för symtomgivande framfall ökar fyra gånger efter vaginal förlossning och elva gånger för kvinnor som fött fler än fyra barn. Även vaginal bristning i samband med förlossning har stark association till utveckling av symtomgivande framfall. Övervikt är en riskfaktor för ansträngningsinkontinens men sambandet är inte tydligt för prolaps.

De riskfaktorer för prolaps som idag kan påverkas är förlossning, förlossningsskador och möjligen övervikt.

Detta belyser vikten av ett korrekt omhändertagande peripartum och postpartum.

Var god se styrdokument [Bristningar - förlossningsvård](#) och RMR [Bäckenbottenbesvär efter förlossning](#).

## Vårdcentralens roll

Vårdcentralens uppgift enligt RMR [Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi](#):

Vårdcentralen ska följa upp efter diagnos:

- Förskrivning av lokalt östrogen.
- Rengöring och återinsättning av prolapsring och återkommande undersökning av vaginalslemhinnan efter att diagnos ställts av gynekolog. Vid besvär med prolapsring återremitteras patienten till gynekolog för ny bedömning.

## Mottagningsbesök

### Symtom

Globuskänsla, öppenhetskänsla, samlagsbesvär, komorbiditet (urin- och avföringsinkontinens, rektalprolaps), klimakteriebesvär, behov av att hjälpa till med fingrar i slidan eller mot perineum vid miktion eller defekation.

Operativ åtgärd hjälper enligt evidensen enbart mot globus- eller skavkänsla. Enligt klinisk erfarenhet upplever patienter god effekt på öppenhets känslan och är nöjda med den kirurgiska korrigeringen. Cirka 10 % får nytillkommen urininkontinens efter sin prolapskirurgi vilket beror på att prolapsen maskerat inkontinensen.

## Undersökning

### Vaginalt

- Inspektion av vulva. Bedöm symmetri. Vid en unilateral levator-skada kan en asymmetri ses där mellangården och anus ligger överdraget mot den oskadade sidan. Notera om vulva är sluten eller klaffande. En klaffande vulva kan vara tecken på avulsion.
- Enligt Pelvic Organ Prolapse - Quantification (POP-Q) (<https://pop-q.netlify.app/>). Ett objektivi instrument för att klassificera prolaps hos kvinnor. En standardiserad internationellt erkänd mätmetod som kan användas för att följa utvecklingen av en prolaps och underlätta kommunikationen mellan vårdgivare, såsom undersökare och operatör.
- Använd mätsticka och fyll i samtliga mått. OBS! Måtten tas under **maximal krystning**. Tryck därefter på *assessment* högst upp i bilden. Skriv ut, sätt på patientetikett och skanna in. I status ingår beskrivning av vulva, främre kompartment, apikal kompartment, bakre kompartment och perinealkroppshöjd. Särskilt viktigt är att bedöma om uterus sitter på plats eller buktar ner inför ställningstagande till åtgärd.
- Bidigital undersökning av perineum ingår alltid vid bedömning av prolaps. Perinealkroppshöjd ska beskrivas.
- Provokationstest (be patienten krysta eller hosta i gynstolen) för att utvärdera urinläckage och uretrawheeling.
- MOS.  
Be kvinnan både knipa och krysta för att se hur vävnaderna rör sig. Känn med ett finger åt sidorna i vagina för att hitta m. puborektalis och de djupare delarna av levatormuskulerna innanför den. Be kvinnan både knipa och slappna av. Bedöm bäckenbottens tonus (kan vara svårt att bedöma tidigt efter förlossning). Om kvinnan har svårt att slappna av kan man be henne att först krysta lite. Beskriv gärna knipförmågan på en skala från 0–5 där 0 innebär att det saknas knipförmåga och 5 är mycket god knipförmåga.

Här används en Modifierad Oxfordskala, MOS:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 0 | Ingen muskelanspänning alls |
| 1 | Förnimmelse av anspänning   |
| 2 | Svag anspänning             |

- 3 Moderat anspänning
- 4 God anspänning
- 5 Riktigt stark anspänning

Om det saknas vävnad eller muskeln inte känns på ena eller båda sidorna kan det finnas en levatorskada som ökar risken för framtida framfall. Om levatorn har släppt från pubisbenet kan det kännas som en grop under blygdbenet framtill och avståndet mellan urinröret och slidans sidvägg är mer än två centimeter. Om det finns en skada på levatormusklernas infästning mot mellangården känns gropen längre utåt sidan i vagina. Det kan finnas levatorskada på båda sidor eller på en sida bara.

Knipförmågan kan vara utmärkt djupare inuti slidan men kvinnan kan ändå ha symtom från underlivet. Då ska man misstänka att muskelfästena i mellangården inte sitter ihop som de ska. Ett annat typiskt symtom är behov av att stabilisera perineum vid defekation.

Vid bidigital palpation, bedöm hur tjock mellangården känns, anovaginala avståndet. Är den tjockare än två centimeter är det oftast helt normalt. Är det tunnare får man värdera knipförmågan vaginalt och rektalt och anamnesen – i denna grupp hittas de missade muskelfästes- och sfinkterskadorna. När man ber kvinnan att knipa kan även yttre inspektion vara av värde eftersom man då kan se att hon inte kan knipa med de perineala musklerna.

Om kvinnan inte kan aktivera sin bäckenbotten eller har smärta vid undersökning bör hon rekommenderas kontakt med fysioterapeut.

### Vaginalt ultraljud

- Allmän gynekologisk bedömning av uterus och ovarier.
- Uterusstorlek anges som längd x bredd x djup. Måtten anges i centimeter. Uterus längd mäts som avståndet mellan fundus och portio. Bredden mäts i tvärsnitt på det bredaste stället. Tjockleken mäts i längssnitt vinkelrätt mot endometriet på det djupaste stället. Från dessa mått kan sedan vikten beräknas enligt följande formel:  
Vikt (g) ~ längd (cm) x bredd (cm) x djup (cm) x 0,5.

## Kompletterande undersökningar

### 3D-ultraljud eller MR

Vid misstanke om levatorskada kan MR utföras. Golden standard internationellt är 3D-ultraljud men ännu finns inte kompetensen eller en 3D-ultraljudsapparat på kliniken för detta. Om 3D-ultraljud ändå bedöms indicerat får patienten remitteras till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SU för ytterligare diagnostik. Utomregionala specialistremisser ska beslutas om och skickas av SU. Om vi av någon särskild anledning har behov av att själva skriva utomregional sådan ska den godkännas av processchef.

Levatorskada ska misstänkas vid nedsatt knipförmåga, känsla av tomhet eller öppenhet i slidan. Vid unilateral levatorskada kan en asymmetri ses där mellangården och anus ligger överdragen mot den oskadade sidan. Vid bilateral total skada känns ingen muskulatur ut mot bäckenväggarna vid vaginal palpation.

### Defektografi och anal manometri

Kan utföras vid avföringsinkontinens (soiling, ofrivillig gasavgång, avföringsläckage). Vid misstanke om sfinkterskada ska patienten remitteras till kolorektalteamet på SU. Om avföringsinkontinens förekommer men ingen misstanke om sfinkterskada finns ska patienten remitteras till kirurgkliniken, SkaS Skövde.

## Dokumentation

POP-Q fylls i och skrivs ut. Patientetikett klistras på och dokumentet läggs till sekreterare för inskanning i patientjournal. I journalen behöver därför inte varje separat mått anges i löpande text men en beskrivning av vulva, främre kompartment, apikal kompartment, bakre kompartment och perinealkroppshöjd. Särskilt viktigt är att bedöma om uterus sitter på plats eller kommer ner. Perinealkroppshöjd ska beskrivas.

### Referenser

*Beräkning av uterusstorlek:* F.T. Kung, S.Y. Chang. The relationship between ultrasonic volume and actual weight of pathologic uterus. Gynecol Obstet Invest, 42 (1996), pp. 35-38.

*MOS:* Bäckebottenutbildning [Undersökning vid efterkontroll](#).

*Defekografi:* Styrdokument [Defekografi röntgenundersökning](#).

## Diagnos

När diagnos ska sättas ska ställning tas till såväl vilken del eller delar som är engagerade i den genitala prolapsen och även hur uttalad prolapsen är. Gällande diagnoskod är det enkelt om patienten har ett isolerat cystocele, då ska diagnoskoden för detta användas. Om patienten har såväl cystocele som rektocel får patienten två diagnoskoder, den för cystocele och den för rektocel. Om patienten däremot har en prolaps som involverar även den apikala delen av vagina då ska ställning tas till om prolapsen är komplett eller inkomplett innan rätt diagnoskod kan sättas.

### Den genitala prolapsen indelas enligt POP-Q i fyra stadier:

- I. < - 1 cm innanför hymen.
- II. - 1 cm innanför hymen till + 1 cm utanför hymen.
- III. > + 1 cm utanför hymen (men mindre än totala vaginas längd, - 2 cm).
- IV. Total- eller komplett prolaps (prolaps  $\geq$  vaginas totala längd, - 2 cm).

### Definitioner, beroende på vilket organ som buktar in.

- *Cystocele*: prolaps av främre vaginalväggen. Detta innebär att den främre vaginalväggen buktar ner mot eller ut distalt om hymen. Bakomliggande organ är oftast urinblåsan, diagnoskod N81.1.
- *Rektocel*: prolaps av bakre vaginalväggen. Bakomliggande organ oftast rektum, diagnoskod N81.6.
- *Enterocel*: prolaps av bakre vaginalväggen där tunntarmen buktar ner, diagnoskod N81.5.
- *Sigmoideocel*: prolaps av bakre vaginalväggen där sigmoideum buktar ner, diagnoskod N81.8.
- *Apikal prolaps* (uterus eller vaginaltopp): när apex av vagina buktar ner i nedre delen av vagina till hymen eller nedanför introitus. Apex kan vara portio, cervix eller vaginala valvet, beroende på om patienten genomgått hysterektomi eller inte. Apikal prolaps är ofta associerad med enterocele.
  - Om stadie I–III (se ovan), diagnoskod N81.2.
  - Om stadie IV, diagnoskod N81.3.

OBS! Defektläkt förlossningsskada har egna diagnoskoder. Se RMR [Bäckenbottenbesvär efter förlossning](#), bilaga 2.

## Referenser

*Definitioner:* UpToDate [Pelvic organ prolapse in females: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management](#).

*Defekt läkt förlossningsskada diagnoskoder:* Internetmedicin [Klassifikation/ICD/N00-N99/N80-N98/N81/N81.8/Koder](#).

*Apikal prolaps:* UpToDate [Pelvic organ prolapse in women: Surgical repair of apical prolapse \(uterine or vaginal vault prolapse\)](#).

## Behandling

### Expektans

Vi ska enbart behandla symtomgivande prolaps. Om patienten inte har några besvär eller om besvären är ringa rekommenderas expektans. Patienten är välkommen att höra av sig vid försämring.

### Konservativ behandling

Bäckenbottenträning:

1. Om kvinnan inte kan aktivera sin bäckenbotten eller har smärta vid undersökning bör hon remitteras till fysioterapeut, önskvärt att patienten rekommenderas kontakt med bäckenbotenspecialiserad fysioterapeut, se 1177 [Kompetenskarta för fysioterapeuter](#). Övriga fysioterapeuter i regionen kan även de hantera bäckenbottenträning men vissa har begränsade undersökningsmöjligheter. Remiss till fysioterapeut ska innehålla patientens tidigare sjukdomar, utförd bäckenbottenkirurgi, senaste statusundersökning med beskrivning av vilken typ av bäckenbottenbesvär som föreligger, MOS och om det finns fysiska restriktioner.
2. Via 1177 där utförliga instruktioner och bilder finns. Rekommendera kontakt med närmaste rehabmottagning vid behov av fysioterapeutkontakt.

Prolapsring är ett alternativ för många patienter. Ska utprovas på gynmottagningen av läkare eller uroterapeut. Patienter med isolerat cystocele bör prova ringbehandling innan kirurgisk åtgärd. Ringbehandlingen kan demaskera en inkontinens som dolts av patientens prolaps och visar hur besvären kommer vara efter en eventuell kirurgisk åtgärd, det vill säga patienten kan börja läcka. Prolapsring kan givetvis testas på andra typer av prolaps än isolerat cystocele men där är det inte obligat inför kirurgi. Var god se styrdokument [Prolaps – konservativ behandling](#) för vidare handläggning. Om decubitalsår uppstår ska ringbehandlingen pausas i 30 dagar

och Albotyl penslas på såret. Återbesök till barnmorska om 14 dagar för ny pensling med Albotyl. Ytterligare 14 dagar därefter, ny bedömning hos barnmorska, om såret har läkt kan ringen återinsättas men om såret kvarstår ska patienten sättas upp för besök hos läkare.

## Operation

Det råder ingen internationell samstämmighet gällande val av operationsmetod för apikal prolaps.

Nedanstående guideline är kombination av litteraturgenomgång och klinisk erfarenhet. Patienterna ska vara delaktiga i beslutet och hänsyn ska tas till deras preferens.

### Cystocele

Främre kolporafi. Vaginal kirurgi, dagkirurgi. Framväggen och urinblåsan lyfts upp och den underliggande fascian dras ihop från sidorna till mitten så att det skapas en ny stödjande bindvävsplatta. Bedöm behovet av samtidig bakre kolporafi och perineorafi.

### Rektocele

Bakre kolporafi. Vaginal kirurgi, dagkirurgi. Förstärkning av bakre vaginalväggen. Bör kombineras med perineorafi, som innebär att musklerna i mellangården sutureras och förstärks, om mellangården preoperativt palperas < 2 cm.

### Apikal prolaps

Handläggningen ska individanpassas. Ta ställning till framför allt primär eller recidiv, kvarvarande uterus eller inte, fertilitetsönskan och huruvida patienten är sexuellt aktiv. Involvera patienten i valet av operationsmetod. För primär prolaps med kvarvarande uterus anses alternativ 1, 2 och 3 vara jämbördiga.

Rekommendationerna nedan baseras till stor del på [SFOG-råd kring val av operationsmetod vid apikal prolaps](#). Se även UpToDate [Pelvic organ prolapse in women: Choosing a primary surgical procedure](#).

### ***Var god se tabeller nedan.***

*Om uterus finns kvar*

#### 1. ***Manchesterplastik***

Vaginal kirurgi, kan göras dagkirurgiskt. Cervixamputation och samtidig förkortning av kardinalligamenten som sedan fästs mot cervixstumpen.

Rekommenderas till de som önskar behålla uterus.

En välkänd operationsmetod som framför allt används i Norden, inte lika vanlig internationellt. Cirka 80 % blir subjektivt fria från prolaps-symtom. Rekommenderas när portio når hymennivå.

## 2. **Vaginal hysterektomi**

Vaginal kirurgi, slutenvård. Vaginal hysterektomi med samtidig fixering av vaginaltoppen.

Rekommenderas till de som önskar eller där indikation finns för samtidig hysterektomi. Cirka 80 % blir subjektivt fria från prolaps-symtom.

## 3. **Sakro-cerviko/utero-pexi**

Robotkirurgi, slutenvård. Ett syntetiskt nät sutureras fast i cervix och andra änden mot sakrum.

Rekommenderas till patienter med uttalad prolaps, unga patienter vid stadium III och övriga patienter med stadium IV.

Enligt internationella data botas patienterna i högre grad med sakro-utero/kolpopexi än med vaginala metoder, men i svenska studier baserade på GynOp-registret är recidivrisken större. Graviditet och förlossning finns beskrivet efter sakrouteropexi. Samtidig subtotal hysterektomi kan genomföras om indikation för hysterektomi finns alternativt att patienten önskar det.

Ska kallas på återbesök till prolapsoperatör efter 4–6 månader.

## 4. **Vaginalt nät**

Kan övervägas när alternativa ingrepp bedöms mindre lämpliga, till exempel på grund av ålder eller om låg tolerans för anestesi. Ingreppet är kort och väl tolererat. Nätrelaterade långtidskomplikationer såsom nät-exposition med blödning och flytning samt smärtskomplikationer är vanligare än vid andra metoder vilket innebär risk för påverkad livskvalitet. Till exempel smärta vid samliv och för eventuellt behov av korrigerande ingrepp.

*Opereras inte i Skövde utan på NHV-centrum som i Västra Götalandsregionen är SU från och med 2022-10-01. För remisskriterier var god se sidan för [Nationell högspecialiserad vård – för vårdgivare](#).*

## 5. **Sakrospinosusfixation**

Vaginal kirurgi, slutenvård. Cervix fixeras med tråd eller nät mot sakrospinosusligament.

Fler recidiv än övriga metoder. Kan övervägas vid recidivoperation eller uttalad primär uterovaginal prolaps där Manchesterplastik inte bedöms möjlig eller portio står vid hymen eller längre ut/eller hos patienter som önskar bevara uterus. Ingreppet är kort och väl tolererat.

Det kan föreligga en något ökad risk för persisterande bäckensmärta jämfört med laparoskopisk metod, även om smärtan sällan bedöms som allvarlig. Är framför allt ett alternativ när tillgängligheten till robotassisterad sakrouteropexi inte är möjlig.

## 6. **Kolpopleisis**

Vaginal kirurgi, slutenvård. Förslutning av vagina.

Enbart om patienten inte är sexuellt aktiv då operationen innebär förslutning av vagina. Lämpligt till framför allt sköra, äldre patienter. Få kända komplikationer och hög patientnöjdhet.

*Om patienten är hysterektomerad*

### 1. **Sakro-kolpopexi**

Robotkirurgi, slutenvård. Ett syntetiskt nät sutureras fast i cervix och andra änden mot sakrum.

Vid tidigare hysterektomi är detta den metod där patienterna botas i högst grad såväl subjektivt som objektivt. Patienter vid stadium III–IV och med uttalade prolapsbesvär. Ska kallas på återbesök till prolapsoperatör postoperativt 4–6 månader.

### 2. **Vaginalt nät**

Kan övervägas när alternativa ingrepp bedöms mindre lämpliga, till exempel på grund av ålder eller låg tolerans för anestesi. Ingreppet är kort och väl tolererat. Nätrelaterade långtidskomplikationer såsom nätexposition med blödning och flytning samt smärtskomplikationer är vanligare än vid andra metoder vilket innebär risk för påverkad livskvalitet, till exempel smärta vid samliv och för eventuellt behov av korrigerande ingrepp. *Opereras inte i Skövde* utan på NHV-centrum som i Västra Götalandsregionen är SU från och med 2022-10-01. För remisskriterier var god se sidan för [Nationell högspecialiserad vård – för vårdgivare](#).

### 3. **Sakrospinosusfixation**

Vaginal kirurgi, slutenvård. Cervix fixeras med tråd eller nät mot sakrospinosusligamentet.

Något högre recidivrisk än vaginalt nät och sakrokolpopexi. Ingreppet är kort och väl tolererat. Föreligger en något ökad risk för persisterande bäckensmärta jämfört med laparoskopisk metod, även om smärtan sällan bedöms som allvarlig. Är framför allt ett alternativ på kliniker där tillgängligheten till robotassisterad sakrokolpopexi är låg.

#### 4. **Kolpokleisis**

Vaginal kirurgi, slutenvård. Förslutning av vagina.

Enbart om patienten inte är sexuellt aktiv då operationen innebär förslutning av vagina. Lämpligt till framför allt sköra, äldre patienter. Få kända komplikationer och hög patientnöjdhet.

## Uppföljning

Postoperativ uppföljning via GynOp-registret.

De som bör ha återbesök är:

- Patienter med preoperativ inkontinens. 6 månader postoperativt till valfri kollega för bedömning av inkontinens.
- Patienter som genomgått sakrouteropexi/-kolpopexi. 6 månader postoperativt till operatör.

Vid behov av sjukskrivning – sjukskriv fyra veckor postoperativt.

## Patientnyttig information

Från 1177

[Framfall](#)

[Bäckenbottenträning](#)

[Urininkontinens](#)

## Källa

SFOG Prolaps ARG-rapport nr 60 <https://www.sfog.se/natupp-laga/nr60392513ba-27b9-47bo-ba8d-2b8940608d94.pdf>.

Cahill AG et al. Effect of Immediate vs Delayed Pushing on Rates of Spontaneous Vaginal Delivery Among Nulliparous Women Receiving Neuraxial Analgesia: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018 Oct 9;320(14):1444-1454. doi: 10.1001/jama.2018.13986. PMID: 30304425; PMCID: PMC6583005.

Internetmedicin Vaginal prolaps <https://www.internet-medicin.se/obstetrik-och-gynekologi/vaginal-prolaps>

## Arbetsgrupp

Ida Krusell och Attila Toth efter vetenskaplig diskussion med Georgios Charonis, Pasi Bauer, Åse Frisk och Maarten Buimer.

### **Jämförelse av operationsmetoder**

Källa: [SFOG-råd kring val av operationsmetod vid apikal prolaps](#). (Klicka [här](#) för större tabell.)

	<b>Manchester</b>	<b>Vag hyst</b>	<b>Kolpokleisis</b>	<b>Skarospin osus-fixation</b>	<b>Nät</b>	<b>Sakorkopoxi/Sakrohyster oskopi</b>
Ålder	Alla	Ska tåla narkos	Äldre/sköra äldre	Perimenopaus och uppåt	Äldre	35–85 år
Fertil	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Sexuellt aktiv	Ja	Ja	Nej	Ja	Efter riskinfo	Ja
Vikt	Alla	Alla	Alla	Alla	Alla	Alla
Primär/recidiv	Primär	Recidiv/avancerad primär	Recidiv/avancerad primär	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi
Op-tid	50 min	76 min	86 min	72 min	30–60 min	65–180 min
Komplikation kort sikt (inom 8 v)	Infektion 12–16 % (varav 50 % UVI). Urinretention 2,4–17 %. Allvarliga 0,3 % (uretärskada).	Allvarliga 2 % (blödning intraabdominell infektion/sepsis, blåsoch uretärskada)	UVI 30 %. Urinretention.	Organskada (rektum) 0,6–0,8 %. Gluteal smärta 6 v postop 7 %.	Allvarliga 1 %. Lindriga 15 %.	Blödning 1,5 %. Blåsskada 2–4 %. Tarmskada 1 %. Blödning presakrala kärl < 1 %?
Komplikation lång sikt (> 1 år)	Hematometra (cervixstenos).		Ökad urininkontinens.	Persisterande smärta 4 %. Reop suturbort 2 %.	Exposition 2–10 %. Reop på exposition 8 %. Smärta 3 %. Reop på smärta 2 %.	Exposition 2–3 %.
Alla komplikationer (GynOp 2015–2018)	18 %.	19 %.		Uterus kvar 28 %. Vaginaltopp 27 %.	Uterus kvar 22 %. vaginaltopp 25 %.	Uterus kvar 18 % (+ hyst 9 %). Vaginaltopp 14 %.
Recidiv	Subjektiva 8–19 %. Objektiva 4–50 %. Apex 1 %. Reop 3–21 %. Nöjda 82–89 %.	Subjektiva 19 %. Objektiva 5–18 %. Nöjda 89 %.	Subjektiva 9 %. Nöjda 95 %.	Subjektiva 7–19 %. Objektiva 12 %. Apex 1–8,5 %. Nöjda 80 %. Subjektiva unilateralt 30 %, bilateralt 23 %. Nöjda unilateralt 72 %, bilateralt 78 %.	Subjektiva 13 % (Uphold). Objektiva 17 %. Apex 3 % (Uphold). GynOp subjektiva 21 %.	Subjektiva och objektiva 5–8 %. Reop 4 %. SUP: subjektiva 20 %, nöjda 86 %. SCP: subjektiva 18 %, nöjda 80 %.

**Tabell 1**

Litteraturgenomgång och registerdata avseende patientrelaterade parametrar för olika operationsmetoder

	<b>Manchester</b>	<b>Vag hyst</b>	<b>Kolpogleisis</b>	<b>SSF</b>	<b>Nät</b>	<b>Sakrokolpopexi/ Sakrohysteroskopi</b>
Ålder	Alla	Ska tåla narkos/spinal	Äldre/sköra äldre	Perimenopaus och uppåt	Äldre	35-85 år
Fertil	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Sexuellt aktiv	Ja	Ja	Nej	Ja	Efter riskinfo	Ja
ASA	Alla	Ska tåla narkos/spinal	Alla	Alla	Ej sköra vävnader ex strål-skadade	Tåla lång op i narkos och Trendelenburg
Vikt	Alla	Alla	Alla	Alla	Alla	Alla
Primär/recidiv	Primär	Recidiv/avancerad primär	Recidiv/avancerad primär	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi	Recidiv/avancerad primär, särskilt efter hysterektomi.

**Tabell 2**

Litteraturgenomgång och registerdata avseende operations- och vårdrelaterade parametrar för olika operationsmetoder

	<b>Manchester</b>	<b>Vag hyst</b>	<b>Kolpogleisis</b>	<b>SSF</b>	<b>Nät</b>	<b>SCP/SUP</b>
Anestesi	Lokal/sed, reg narkos	Reg/narkos	Lokal/sed, reg narkos	Reg narkos, (lokal/sed)	Reg narkos, (lokal/sed)	Narkos
Utrustning	Standard	Ev Ligasure	Standard	Särskilt suturinstr	Nätkit	Nät, laparoskopi/robot
Op-tid	50 min	76 min	86 min	72 min	30-60 min	65-180 min
Antibiotika	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Perop blödn	45 ml	100 ml	84 ml	43 ml	51 ml	30 ml
Vårdtid	0,8 dygn	1,7 dygn	1,5 dygn	0,8 dygn	1 dygn	1 dygn
ADL/SS	4,8/30 dagar	6/33 dagar	5 dagar	3/34 dagar	3/32 dagar	6/34 dagar

**Tabell 3**

Litteraturgenomgång och registerdata avseende komplikationer vid olika operationsmetoder

	<b>Manchester</b>	<b>Vag hyst</b>	<b>Kolpogleisis</b>	<b>SSF</b>	<b>Nät</b>	<b>SCP/SUP</b>
Komplikation kort sikt (inom 8 v)	Infektion 12-16 % (varav 50 % UVI). Urinretention (2,4-17 %). Allvarliga 0,3 % uretärskada).	Allvarliga 2 % (blödning intra-abdominell infektion/sepsis, blås- och uretärskada).	UVI 30 %. Urinretention.	Organskada (rektum) 0,6-0,8 %. Gluteal smärta 6 v postop 7 %.	GynOp 8 v läkarbed: Allvarliga 1 %. Lindriga 15 %.	Blödning 1,5 %. Blåsskada 2-4 %. Tarmskada 1 %. Blödning presakrala kärl < 1 %?
Komplikation lång sikt (> 1 år och framåt)	Hematometra (cervixstenos).		Ökad urininkontinens.	Persisterande smärta 4 %. Reop sutur bort 2 %.	Exposition 2-10 %. Reop p g a exposition 8 %. Smärta 3 %. Reop p g a smärta 2 %.	Exposition 2-3 %.
Alla komplikationer 1 år GynOp 2015-2018 (Brunes et al)	18%.	19 %.		Uterus kvar 28 %. Vaginaltopp 27 %.	Uterus kvar 22 %. Vaginaltopp 25 %.	Uterus kvar 18 % (+ hyst 9 %). Vaginaltopp 14 %.

**Tabell 4**

## Litteraturgenomgång och registerdata avseende recidivrisk vid olika operationsmetoder

	<b>Manchester</b>	<b>Vag hyst</b>	<b>Kolpogleisis</b>	<b>SSF</b>	<b>Nät</b>	<b>SCP/SUP</b>
Recidiv	Subj recidiv: 8-19 %. Obj recidiv: 4-50 %, apex 1 % Reop: 3-21 % Nöjda: 82-89 %	Subj recidiv: 19 % Obj recidiv: 5-18 % Nöjda: 89 %	Subj recidiv: 9 % Nöjda: 95 %	Subj recidiv: 7-19 % Obj recidiv: 12 %, apex 1-8,5 % Nöjda: 80 % GynOp: Subj recidiv unilat: 30 %, bilat: 23 % Nöjda unilat: 72 %, bilat: 78 %	Subj recidiv: 13 % (Uphold) Obj recidiv: 17 %, apex 3 % (Uphold) GynOp subj recidiv: 21 %	Subj och obj recidiv: 5-8 % Reop: 4 % GynOp 2016-2020: SUP: Subj recidiv: 20 % nöjda: 86 % SCP: Subj recidiv: 18 % nöjda: 80 %
Recidiv 1 år GynOp + Reop 2 år Soc Styr op-reg 2015-2018 (Brunes et al)	Subj recidiv: 16 % Nöjda: 83 % Reop 2 år: 5 %	Subj recidiv: 19 % Nöjda: 86 % Reop 2 år: 8 %		<b>Uterus kvar</b> Subj recidiv: 33 % Nöjda: 70 % Reop 2 år: 15 % <b>Vag topp</b> Subj recidiv: 34 % Nöjda: 70 % Reop 2 år: 18 %	<b>Uterus kvar</b> Subj recidiv: 33 % Nöjda: 78 % Reop 2 år: 7 % <b>Vag topp</b> Subj recidiv: 34 % Nöjda: 70 % Reop 2 år: 18 %	<b>Uterus kvar</b> Subj recidiv: 30 % Nöjda: 80 % Reop 2 år: 21 % <b>Vag topp</b> Subj recidiv: 23 % Nöjda: 85 % Reop 2 år: 16 % <b>+ hyst</b> Subj recidiv: 25 % Nöjda: 81,5 % Reop 2 år: 20 %

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Barn o Kvinna

**Innehållsansvar:** Ida Krusell, (idajo34), Underläkare, ST

**Granskad av:** Ann-Catrin Ekelund, (annek17), Bibliotekarie, Pasi Bauer, (pasba1), Processchef

**Godkänd av:** Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9716-1940753776-361

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-02-07

**Giltig till:** 2027-02-28