

Uppföljning efter resektion av endometrioshärdar i bukväggen. En multicentersstudie.

Innehåll

Bakgrund	2
Syfte.....	2
Utfallsmått.....	2
Genomförande	3
Preoperativt registrerade variabler.....	3
Peroperativt registrerade variabler.....	3
Inklusionskriterier.....	3
Exklusionskriterier	4
Postoperativt registrerade variabler	4
Uppföljning.....	4
Populationsstorlek.....	4
Betydelse	4
Referenser	5

Bakgrund

Endometrios är en vanlig orsak till buksmärter hos kvinnor i fertil ålder.¹⁻³ Manifestation av endometrios i bukväggen är däremot ovanligt men för drabbade kvinnor kan det innebära mycket smärter, ofta återkommande i cykler i takt med menstruationscykeln, samt en ömmande knöl.⁴ Kirurgi med excision av endometrioshärdar från bukväggen kan göras av gynekolog när det gäller små eller subkutant belägna förändringar men sker oftast i samarbete med allmänkirurg när det gäller större förändringar då muskelvävnad och fascia måste excideras. Denna kirurgi är alltså ovanlig och tidigare har det gjorts på många sjukhus med väldigt få operationer per kirurg/gynekolog.

Vanligaste lokaliseringen av bukväggsendometrios är i ärr efter kejsarsnitt,⁵ men endometrios kan även manifesteras i andra delar av bukväggen. Kirurgisk resektion av endometriehärdar har allt mer blivit ett standardingrepp, men vilka konsekvenser resektion av endometriehärdar i bukväggen innebär är ännu osäkert. Om resektionen innebär att stora defekter lämnas kan dessa täckas av syntetiska nät. Det finns dock en viss risk att nätet i sig ger bestående symptom från bukväggen. Ännu finns det få studier där man systematiskt följt upp kvinnor som genomgått kirurgi för endometrios i bukväggen. Syftet med den nu aktuella studien är att utvärdera patientupplevelse efter kirurgi för endometrios i bukväggen.

Syfte

Studien har som mål att utvärdera det långsiktiga resultatet av kirurgi för endometrios med engagemang av bukväggen. Då syftet med endometriiskirurgi primärt är att reducera smärter är det viktigt att ingreppet i sig inte ger upphov till iatrogena smärter eller funktionsnedsättning i bukväggen. Målsättningen är därför att besvara hur utfallet av kirurgi för endometrios i Sverige ser ut med avseende på följande:

- Kvarstående defekter i bukväggen efter det primära ingreppet
- Bestående smärter
- Bukväggfunktion

Utfallsmått

Primärt utfallsmått: Smärta och bukväggfunktion skattat med VHPQ

Sekundära utfallsmått:

- Symptom skattade med EHP-30
- Bräck på platsen för bukväggsresektionerna

- Sårkomplikationer
- Reoperationer som följd av komplikationer från bukväggen.

Genomförande

Studien genomförs som en multicenterstudie där de enheter som av nämnden för högspecialiserad vård fått i uppdrag att bedriva endometrioskopkirurgi ingår. Vi planerar därför att prospektivt följa dessa patienter för att utvärdera nyttan av kirurgin och de metoder vi använder. Vi kommer att använda VHPQ (ventral hernia pain questionnaire)⁶ och EHP-30 (Endometriosis Health Profile 30)⁷ inför kirurgin och efter ett år.

Kvinnor planerade för kirurgi för endometriosis där preoperativ utredning väckt misstanke om endometriosis erbjuds att ingå i studien. Om de samtycker till deltagande ombeds de att besvara VHPQ och EHP-30 inför operationen. Inför operationen genomgår de också MR. För de härdar i bukväggen som på MR bedöms kräva resektion registreras penetrationsdjup och diameter.

Preoperativt registrerade variabler

Preoperativ bilddiagnostik

Hormonell behandling given innan och efter operationen registreras.

Preoperativ gradering av endometriosen enligt Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis (rASRM)

Peroperativt registrerade variabler

Under operationen bedöms omfattningen av endometrioshärdarna, hur de resekerats och vilka åtgärder som vidtagits för att rekonstruera defekterna.

Antalet endometrioshärdar i bukväggen registreras.

För de tre största härdarna registreras följande:

- Maximal diameter
- Penetrationsdjup
- Engagemang av muskulatur
- Engagemang av externusaponeuros/främre rektusskida
- Åtgärd efter resektion (defekten lämnad utan åtgärd/suturförslutning/nätinläggning/lambåplastik)

Inklusionskriterier

Kvinnor som genomgår planerad kirurgi för endometriosis där preoperativ utredning väckt misstanke om endometriosis engagerande bukväggen.

Exklusionskriterier

Kvinnor som genomgått flera bukkirurgiska ingrepp där man inte bedömer det som möjligt att utföra ingreppet laparoskopiskt

Postoperativt registrerade variabler

Analgetikakonsumtionen första postoperativa dygnet registreras.

Efter ett dygn ombeds patienten skatta smärtan på en VAS-skala

Postoperativt registreras bukväggskomplikationer uppkomna inom 30 dagar efter operationen (sårintektioner, blödningar och reoperationer)

En månad efter operationen görs en retrospektiv journalgenomgång för att registrera eventuella postoperativa komplikationer. Komplikationerna registreras och graderas enligt Clavien-Dindo.

Uppföljning

Ett år efter det primära ingreppet följs de som opererats upp med klinisk kontroll. Vid uppföljningen ombeds de besvara VHPQ och EHP-30.

Vid ettårsuppföljningen registreras följande:

Reoperationer kopplade till det primära ingreppet

Bråck eller andra avvikande kliniska fynd på platsen för de resecerade endometrishärdarna

Patientupplevelse skattat med VHPQ och EHP-30

Populationsstorlek

Enligt Gynop registret utfördes 2019 drygt 500 hysterektomier för endometriosis 2019 (<https://www.gynop.se/for-kliniker/arsrapporter>). Hur många av dessa som utfördes samtidigt med resektion av endometrioshärdar i bukväggen framgår inte av registret, men om det rörde sig om 10% innebär det i så fall att 50 operationer per år kan ha utförts. Om hälften av dessa inkluderas i studien bör vi inom två års tid ha inkluderat 50 kvinnor, vilket bedöms som rimligt för att besvara studiens frågeställningar.

Betydelse

Resultaten kan bli vägledande för den framtida behandlingen av kvinnor med grav endometriosis. Om uppföljningen visar att få kvinnor upplever besvär från bukväggen vid

uppföljningen kan det bana vägen för en mer aktiv kirurgisk behandling. Studien är också till syfte att kartlägga hur ofta komplikationer efter endometriiskirurgi uppstår.

Kunskapsläget beträffande patofysiologin och anatomin vid defekter uppkomna i bukväggen i form av primära bräck eller ärrbräck är idag relativt god, men det finns få studier som fokuserat på handläggningen av defekter i bukväggen till följd av resektioner som lämnat substansdefekter efter sig. Studien bör därför kunna ge besked om hur de långsiktiga resultaten ser ut efter olika kirurgiska ingrepp för att hantera den iatrogen uppkomna bukväggsdefekter.

Referenser

1. Doroftei B, Armeanu T, Maftai R, Ilie OD, Dabuleanu AM, Condac C. Abdominal Wall Endometriosis: Two Case Reports and Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Dec 21;56(12):727
2. Hirata T, Koga K, Osuga Y. Extra-pelvic endometriosis: A review. *Reprod Med Biol*. 2020 Jul 16;19(4):323-333
3. Costa JEFR, Accetta I, Maia FJS, SÁ RAM. Abdominal wall endometriosis: experience of the General Surgery Service of the Antônio Pedro University Hospital of the Universidade Federal Fluminense. *Rev Col Bras Cir*. 2020 Sep 18;47:e20202544.
4. Davitt J, Pearson D, Wasson M. Multidisciplinary Approach to Robotic Resection of Abdominal Wall Endometriosis and Mesh Repair. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 May 20:S1553-4650(21)00232-6.
5. Li J, Jiang H, Liang Y, Yao S, Zhu Q, Chen S. Multidisciplinary treatment of abdominal wall endometriosis: A case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Jul;250:9-16.
6. Clay L, Fränneby U, Sandblom G, Gunnarsson U, Strigård K. Validation of a questionnaire for the assessment of pain following ventral hernia repair—the VHPQ. *Langenbecks Arch Surg*. 2012 Dec;397(8):1219-24
7. Grundström H, Rauden A, Wikman P, Olovsson M. Psychometric evaluation of the Swedish version of the 30-item endometriosis health profile (EHP-30). *BMC Womens Health*. 2020 Sep 14;20(1):204