**BENK-ARG möte Sophiahemmet 191129**

**Närvarande: Christian Juresta, Hannelore Wenkeler, Annika Lopez, Helene Dalemo Lundin, Jan Zetterström, Sophia Ehrström, Lollo Makdessi**

1. Ordförande öppnar mötet.

2. Sophia väljs till mötesordförande, Lollo till mötessekreterare.

3. Val av sekreterare: omval av sittande sekreterare Klara Hasselrot på 2-årsmandat.

4. Fortsatt arbete med SFOG-riktlinjer för hysterektomi på benign indikation.

Problemområden diskuterades i gruppen:

\* Frågan om vikten av evidensbaserade riktlinjer för diskuterades, t ex opportunitisk salpingektomi, samtidig omotiverad adnexkirurgi på ej postmenopausal kvinna som ska genomgå hysterektomi, omotiverad hysterektomi på indikation ovarialcysta, subtotal/total hysterektomi, mm. Rekommendationer ska inte bygga på t ex lokala traditioner och bör vara uppdaterade med gällande kunskapsläge.

-Opportunistisk salpingektomi: Låg evidensgrad enl Cochrane sommaren 2019. Praktiseras flitigt i Sverige sedan många år. Viktigt att delta i HOPPSA, som inte inkluderat i den takt man hade hoppats på. HOPPSA nämndes även som en föredömlig studie i Cochrane-rapport från i somras.

-Adnexkirurgi: Framkommer att man på vissa kliniker praktiserar omotiverad bilat SOE samtidigt med hysterektomi på benign indikation hos kvinnor över 45 år. Lokala traditioner.

-Ingen skillnad subtotal/total hysterektomi gällande perioperativa komplikationer eller outcome enl metaanalyser och Cochrane. Hur ska vi skriva? Förslag på att subtotal är undantagsfallet vid tekniska svårigheter? Är det en åsikt eller evidensbaserat? Överenskommer om att vi listar absoluta och relativa kontraindikationer för subtotal hysterektomi.

-Morcellering diskuterades: Att göra mer abdominell kirurgi för att undvika morcellering med kall kniv eller motordriven morcellator innebär en betydande oönskad ökad morbiditet. Morcelleringspåsen är inte tät och garanterar inte spridning av celler men är praktisk för att få ut alla vävnadsbitar. Även vaginal ”morcellering med kall kniv” har praktiserats i decennier, men kan tyckas vara en riskmetod. Det är viktigt att föra resonemang kring det i riktlinjerna. Det ser olika ut i Sverige. En del kliniker kan ha börjat gå tillbaka till abdominell hysterektomi för att undvika morcellering, medan 25% av alla kliniker i Sverige har mer än 70% minimalinvasiv approach till hysterektomi på benign indikation och rimligtvis måste använda morcelleringsteknik via bukaccess eller vagina med eller utan påse. Påsen är praktisk för att få ut alla myombitar. Socialstyrelsen har önskat ett riktvärde för andel minimalinvasiv kirurgi satt till 70%. För att uppnå det målet måste kan man som klinik ha hjälp av våra riktlinjer. Går det att selektera fram en säker patientgrupp att kunna morcellera med eller utan motordriven morcellering, t ex unga kvinnor som gör myomenukleation i fertilitetsbefrämjande syfte? Laparotomi i den patientgruppen skulle potentiellt kunna leda till oönskad infertilitet pga adherensbuk. Ska man föreslå en åldersgräns?

Hur gör vi med rekommendationer för uterusar som väger mer än säg 250 g och behöver delas för att tas ut?

Hur är det med morcellering vid olika hysteroskopier med slynga/hysteroskopisk morcellering med Myosure/Trueclear: Risk eller inte?

-Alla kapitel ska förhoppningsvis kunna gås igenom vid nästa möte, inför detta kommer ordförande och sekreterare att ha direkt kontakt med respektive kapitelförfattare. Det har varit krävande för gruppmedlemmarna att skriva sitt kapitel evidensbaserat. SFOG-riktlinjer skall dock evidensgraderas enligt GRADE, men det gäller inte SFOG-råd (inför nästkommande uppgift hysteroskopiråd).

-Riktlinjerna ska uppdateras med 2 års intervall.

\* Riktlinjer vid malignitetssuspekt ej säkert benign cysta. Man kommer överbehandla/operera patienter med benign sjukdom. Vad är rimligast? Dylika patienter bör diskuteras med tumörenhet så att vi gör lika över landet. Viktig fråga att diskutera för BENK-ARG, men hör nog inte hemma i riktlinjer för hysterektomi på benign indikation.

\* Siffrorna gällande komplikationer i GynOp för hysterektomi mellan 2000-2017 är opålitliga då rapporteringen är så låg. Janne visade siffror. Att komma runt detta kräver ett journalsystem som direkt kommunicerar med GynOp och skickar in tex komplikationer. Vi rapporterar mycket ofullständigt och data blir därmed helt opålitliga. Forskning som bedrivs blir därfter. Viktigt att arbeta för integrering med journalsystem!

\* Frågan om informed consent diskuterades, är det dags för det i Sverige? Det finns ingen juridisk bäring så syftet skulle i första hand vara utbildande för patienten.

\* Nationell patientinformation för olika benigna operationer diskuterades. BENK-ARG-gruppen har fått det som uppgift nyligen, men det är inte aktuellt att ta upp just nu pga att andra frågor måste prioriteras, inte minst måste arbetet med riktlinjerna slutföras först. Lollo informerade om kommande studie gällande information till patienterna och hur det korrelerar till utfallet.

\* Preoperativt: Diskussion angående vilka patienter som ska opereras - väljer vi ut rätt patient? Viktigt att trycka på det i riktlinjerna.

\* Konservativ hållning gällande kirurgi ska framgå tydligt i riktlinjerna, men när väl andra medicinska och kirurgiska konservativa metoder är uttömda, ska hysterektomin av morbiditetsskäl i första hand utföras minimalinvasivt.

\* Allmän info: Målvärde för minimalinvasiv hysterektomi- 70% i Sverige. Socialstyrelsen efterfrågan dessa målvärden. Finns det möjlighet att få stöd från Socialstyrelsen i arbetet inom ARG-gruppen, med tanke på detta? Sophia tar frågan via SFOG.

5. OGU har begärt våra synpunkter på ST-läkardokument kirurgiskt appendix. Se dokument.

\*Under handledning ändras till *Under strukturerad handledning i delmoment*

\*Vi rekommenderar att man lägger till :

-”Laparoskopisk sterilisering” under *Kunna självständigt.*

-”Främre prolapsplastik” under *Kunna självständigt.*

-”LAVH och laparoskopisk hysterektomi” *Under strukturerad handledning i delmoment.*

*-”*Laparoskopisk adnexkirurgi” som tillägg till cystenukleation *Under strukturerad handledning i delmoment.*

-”Operativ hysteroskopi” under *Kunna förklara proceduren vid.*

-”Excision av endometriosförändringar/peritoneum” under *Kunna förklara proceduren vid.*

\*Vi rekommenderar att man tar bort

-”Fullständig prolapskirurgi” under punkten *Under strukturerad handledning i delmoment.*

\*Vi rekommenderar att man lägger till

-”Handläggning av normalt postoperativt förlopp och postoperativa komplikationer” under C5 *Kunskap och förståelse (kirurgisk teknik…).*

-”Val av säker entryteknik vid laparoskopi” under *Färdigheter.*

-”Pudendusblockad” under *Färdigheter.*

-Strukturerad utbildning innan operation lägg till under C5 *Kunskap och förståelse (kirurgisk teknik…)*, tex ”Inför operation böra man förbereda sig med att läsa på, se operationsfilmer av hög kvalitet (ej Youtube), träna i simulator och laparoskopibox”.

6. Genomgång av *Kirurgisk behandling av endometriom,* kapitel 12 i Råd från Endometrios-ARG. Inga önskemål om ändringar i detta kapitel från närvarande BENK-ARGmedlemmar. Tydligt och bra kapitel.

7. Nästa möte 2020-03-13 i Stockholm med mål att färdigställda Riktlinjer för hysterektomi på benign indikation samt påbörja arbete med Råd för hysteroskopi. Separat dagordning följer.

8. Mötet avslutas.

Justerat protokoll/SE