

Årsrapport 2006

1 Bakgrund och syfte

Fremre bukväggsbråck indelas i primära bråck och ärrbråck. Bland primära bråck kan urskiljas ljumskbråck som kirurgiskt betraktas en egen entitet pga. hög incidens, en klar anatomisk lokalisering med ett begränsat antal operationsmetoder. Detta har därför tidigt ingående studerats och har i Sverige ett eget kvalitetsregister. De övriga primära bråcken (navelbråck, epigastrikabråck och övriga) är relativt vanliga men förekommer med stor variation i storlek och grad av besvär. Det finns ingen konsensus om vilken teknik som skall användas vid primära bråck; små behandlas på enklaste sätt, och större (i bästa fall) efter principerna för ärrbråck.

Ärrbråck, som uppträder efter tidigare kirurgi, är ett stort kliniskt problem. Vanligaste orsaken är att operationssnittet efter abdominell kirurgi brister, vilket sker i 10–15% av fallen över tiden. Vid ett ärrbråck har de styrkeberärande vävnaderna förbrukats och ny suturering har dålig prognos—upptill 55% brister ånyo. Sedan konstgjorda nät börjat användas för att förstärka bukväggen har man kunnat minska recidivbråcken till under 10%. Hur nätet skall placeras i bukväggen (utanpå i underhuden, i muskelskiktet, i bukhålan) är inte klarlagt. Varje metod har för- och nackdelar avseende enkelhet, komplikationsfrekvens, operationsresurser, kirurgisk kompetens och inte minst kosmetiskt resultat. Det implanterade nätets fysikaliska egenskaper (storlek i förhållande till bukväggsdefekten, materialval) är ofta diskuterade, liksom hur nätet skall fixeras på plats. Generellt tycks de äldre metoderna ge hög risk för sårkomplikationer medan den nyare titthålstekniken ger färre sårproblem men möjligen en ökad andel komplikationer i bukhålan.

Med framgångsrika nätmetoder kan allt fler patienter komma i fråga för rekonstruktion av bukväggen. Utvecklingen går fort med många nya nätmaterial med avancerade strukturer för att ge maximal integration med vävnaden utan att ge andra problem.

En publicerad enkätstudie 2002 till svenska kirurgkliniker (Israelsson et al, Hernia 2006) har visat att av 860 ärrbråck opererades 73% med suboptimal teknik med hänsyn till internationellt publicerade studier. Cirka 1750 ärrbråck opererades under 2002 enligt SoS slutenvårdsregister. Undersökningens resultat initierade arbetet på ett nationellt kvalitetsregister för fremre bukväggsbråck

2 Syfte

Uppgiften för kvalitetsregistret Svenska Bukväggsbråck är att samla uppgifter avseende operationsmetoder och dess komplikationer från enheter som opererar bukväggsbråck, såväl primära som sekundära. Målsättningen är att samtliga i Sverige opererande enheter är anslutna.

Syftet med registret är

- att** öka kunskapsnivån avseende behandling av bukväggsbräck
- att** belysa olika operationsmetoders effektivitet
- att** stödja såväl nationellt som lokalt kvalitetsutvecklingsarbete
- att** skapa ett nationellt nätverk för ökat kunskapsutbyte

3 Täckningsgrad

Registret har ännu inte startat med anslutning och inmatning.

4 Måluppfyllelse

Intentionen är att samtliga bukväggsbräckoperationer i Sverige skall registreras. I dagsläget är inte registret aktiverat.

Registerunderlaget har accepterats och fastställts vid Bräckdagarna i Stockholm i mars 2006.

5 Styrgrupp

Styrgruppen har under registerutvecklingsfasen utgjorts av Arbetsgruppen för bukväggs-kirurgi under Svensk Kirurgisk Förening, samt en registerutvecklingsgrupp.

Medlemmar har varit:

- Sam Smedberg, överläkare, med.dr., Helsingborg
- Leif Israelsson, överläkare, docent, Sundsvall
- Agneta Montgomery, överläkare, docent, Malmö
- Jan Dalenbäck, överläkare, med.dr., Frölunda
- Bjarne Ardnor, specialistläkare, Umeå
- Pär Nordin, överläkare, med.dr., Östersund, adjungerad

Registerutvecklingsgruppen har utgjorts av

- Peder Rogmark, specialistläkare, Malmö
- Staffan Wollert, överläkare, med.dr., Uppsala
- Jan Kågström, specialistläkare, Sundsvall
- Sven Bringman, överläkare, med.dr., Södertälje

Gruppens sammansättning representerar geografiskt spritt, stort och långvarigt engagemang inom bukväggskirurgin.

Med fortsatt registerutveckling kommer en annorlunda styrgrupp att utformas i samråd med Arbetsgruppen för bukväggskirurgi och Svensk Kirurgisk Förening. Organisatoriska förändringar pågår under 2007 med bildning av en ny delförening SIKT (Svensk förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi) genom samgående mellan Arbetsgruppen för Bukväggs-kirurgi och Svensk förening för Minimal-Invasiv Kirurgi (MIK).

6 Hemsida

Någon hemsida är ännu inte startad.

7 Inrapportering

En webbaserad plattform med inmatning över internet planeras. Kravspecifikationen för registerplattformen har utarbetats och kommer att skickas till NKO i Lund, UCR i Uppsala och till Onkologiskt Centrum i Umeå

8 Kvalitet och Validitet

Det framtagna registerunderlaget har accepterats av professionen vid mötet på Bräckdagarna och en pilotstudie vid 10 enheter som under 4 månader provade protokollet planerades till hösten 2006. Projektet fördröjdes och genomförs först under våren 2007.

9 Återkoppling

9.1 Möte

Arbetsgruppen för registerutveckling har presenterat lägesrapporter vid Bräckdagarna i Stockholm och vid Kirurgveckan 2006.

9.2 Publikationer

Inga ännu.

9.3 Vetenskapligt arbete

Inga ännu.

10 Kliniskt kvalitetsförbättringsarbete

Innan registret startats finns inget för kliniskt förbättringsarbete med registret som underlag.

11 Ekonomi

Arbetet med registerutveckling har hittills bedrivits ideellt. Anslag söks via SoS/SKL. Därutöver diskuteras olika möjligheter med anslutningsavgift och/eller avgift per registrerad patient.

Ett nationellt sekretariat med registersekreterare är nödvändigt. Inledningsvis torde 8 h/vecka vara tillräckligt.

12 Förändringsarbete

12.1 Nationellt

Förhandlingar förs med olika leverantörer för registerplattform. Med positivt beslut om anslagstilldelning från SoS/SKL under 2007 kan närmare förhandlingar starta.

Peder Rogmark
Registerhållare

Sam Smedberg
Ordförande Arbetsgruppen för Bukväggskirurgi