



Pelvik Organ Prolapsusu Yönetimi

Doç.Dr.Murat Ekin

Sağlık Bilimleri  nivesitesi

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi

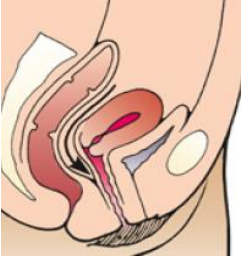
TJOD İstanbul Anadolu Őubesi aylık
bilimsel toplantısı 25.11.2018

Pelvik Organ Prolapsusu

- ▶ Pelvik organların vajinal duvarlar dışına herniasyonudur.
- ▶ Günlük yaşam kalitesini düşüren Önemli bir sağlık sorunudur.
- ▶ 80–85 yaşlara doğru kadınların 11–19%unun prolapsus cerrahisi geçireceği ve bunlardan 30% una tekrar POP cerrahisi gerekeceği öngörülmektedir.

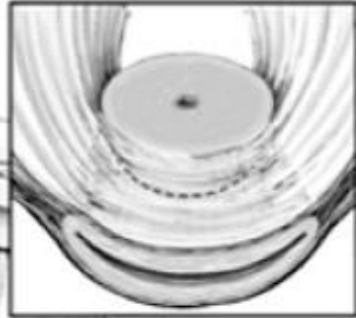
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017;
214:71.
Obstet Gynecol 1997; 89:501.

DeLancey Vajinal destek seviyeleri



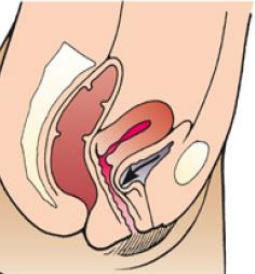
Apikal Prolapsus

(uterus, serviks veya vajinal apex)



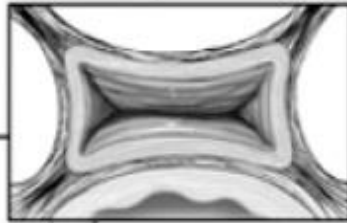
Level 1

Kardinal Utero sakral ligamenteler



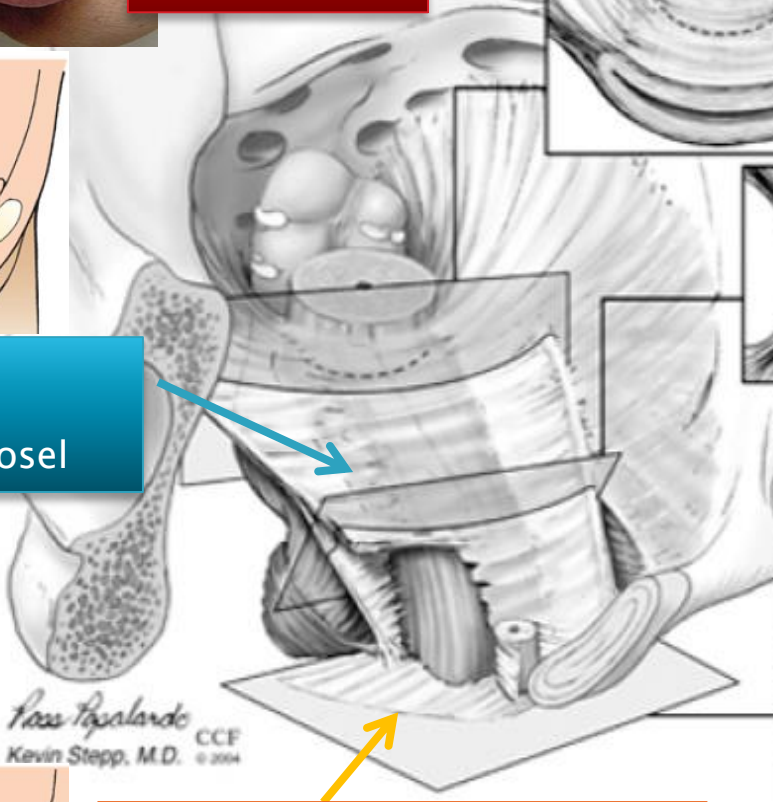
Sistosel

Orta rektosel



Level 2

Arkus Tendinea yapışan Endopelvik Fasya



Level 3

Perineal Body
M. Bulbospongiosus
M. Transversus Perinei
Ext. Anal Sfinkter



Uretral Hiper mobilite, (SUI) distal rektosel

Peter Papalardo
Kevin Stepp, M.D. © 2004

- ▶ Vajinanın devamlılık içinde bir organdır

Bir bölgedeki prolapsusun başka bir bölgedeki zayıflıkla ilişkili olabileceği tedavi aşamasında göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi endikasyonları

Prolapsus ve prolapsusla ilişkili durumlar

- ▶ Üriner sistem ,barsak veya seksüel disfonksiyon
- ▶ İşeme ve defekasyon bozuklukları
- ▶ Pelvik ağrı
- ▶ Hidronefroz

Asemptomatik hastada tedavi endikasyonu yoktur

Tedavi

- ▶ Semptomları ortadan kaldıracak ve yaşam kalitesi arttıracak şekilde olmalı.
- ▶ Hasta ile ortak karar alınarak planlanmalı
- ▶ Sadece anatomik noktalara odaklanılmamalı

POP TEDAVİSİ

```
graph TD; A[POP TEDAVİSİ] --> B[Konservatif]; A --> C[Cerrahi]; C --> D[Obliteratif]; C --> E[Rekonstrüktif]; E --> F[Vajinal]; E --> G[Abdominal];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top is a red box with the text 'POP TEDAVİSİ'. Two arrows point down from this box to 'Konservatif' (red box) on the left and 'Cerrahi' (dark blue box) on the right. From 'Cerrahi', two arrows point down to 'Obliteratif' (orange box) on the left and 'Rekonstrüktif' (dark red box) on the right. From 'Rekonstrüktif', two arrows point down to 'Vajinal' (teal box) on the left and 'Abdominal' (red box) on the right. The background features a decorative blue and black gradient at the bottom left.

Konservatif

Cerrahi

Obliteratif

Rekonstrüktif

Vajinal

Abdominal

- ▶ Konservatif ve Cerrahi tedavileri karşılaştıran yüksek kalitede veri yoktur.

Hem Konservatif hemde Cerrahi tedavi seçenekleri hastaya sunulmalıdır.

Tedavi seçimini etkileyen faktörler

Bağımsız risk faktörleri	Konservatif	Cerrahi
İleri Yaş	+	-
pelvik ağrı	+	-
Prolapsus seviyesi	-	+
Geçirilmiş POP cerrahisi	-	+

HeiltM. Obstet Gynecol
2003;101:2379

Konservatif tedavi

- ▶ Pesser
- ▶ Pelvik kas egzersizleri
- ▶ Topikal östrojen uygulamaları

Cerrahi tedavilerin komplikasyonları ve rekürrens riski göz önüne alındığında; Konservatif tedavi ilk seçenek olarak değerlendirilmelidir.

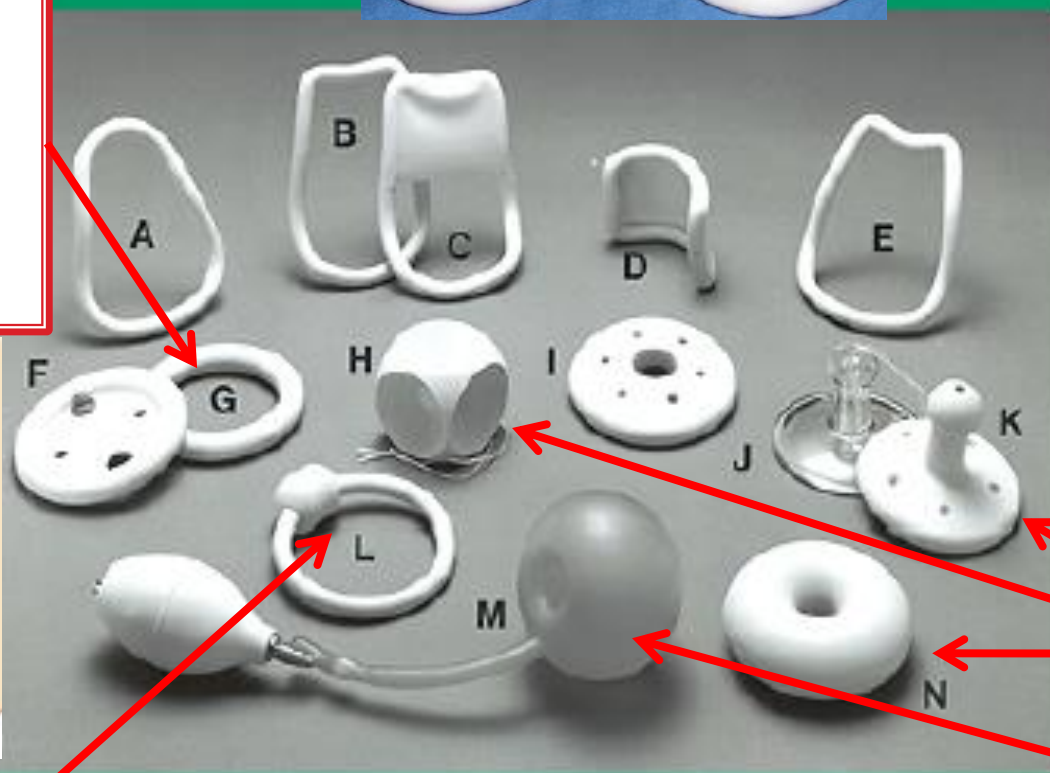
POP kronik bir süreç olduğundan hastaların çoğu cerrahi tedavileri tercih etmektedir.

Pesser

- ▶ Kullanım oranı yeterili bilgilendirme ve güven arttırıcı yaklaşımlar ile artar. (%42-100)
- ▶ Nulliparite ve genç yaşta kullanım az.

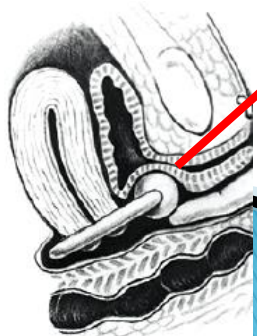
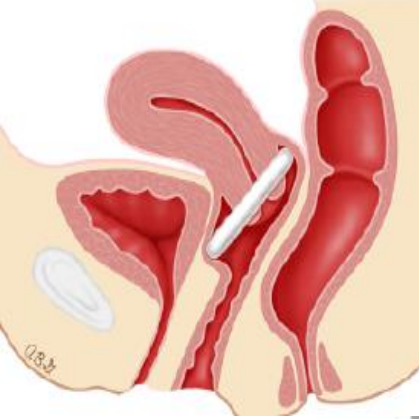
Endikasyonlar	Kontraendikasyonlar
Hasta cerrahi istemiyor veya Cerrahiye ileri bir tarihe erteleme isteđi	Lokal enfeksiyon
Ciddi medikal komorbiditeler	Mesh erozyonu
Mevcut gebelik veya gebelik beklentisi	Latex alerjisi
Rekürrent POP	Uyumsuz hasta (fistül gelişimine sebep olabilir)
POP'a bađlı ciddi vajinal ülserasyonlar	Seksüel aktivitesi olup kendi başına pesseri çıkarıp yerleştiremeyecek hastalar

**Destek
pesseri
Evrell-III
Vajinal
introitus 2
parmak
genişlikte**



(A) Smith; (B) Hodge; (C) Hodge with support; (D) Gehrung; (E) Risser; (F) Ring with diaphragm; (G) Ring; (H) Cube; (I) Shaatz; (J) Rigid Gellhorn; (K) Flexible Gellhorn; (L) Incontinence ring; (M) Inflatoball; (N) Donut.

**Yer kaplayıcı
pesseri
Evrell-IV
Vajinal
introitus 3-4
parmak
genişlikte**



Pesser

2-4 aylık gözlemsel sonuçlar

- ▶ Prolapsus semtomu %70-90 ↓
- ▶ Üriner semptomlarda %40-50 ↓
- ▶ Barsak semptomlarında %30-50 ↓
- ▶ Cinsel birliktelikte %40-60 ↑

Sadece pelvik taban egzersizleri ile karşılaştırıldığında pesserin birlikte kullanımı semptomların gerilemesinde daha faydalı (-27.9 vs-4.7)

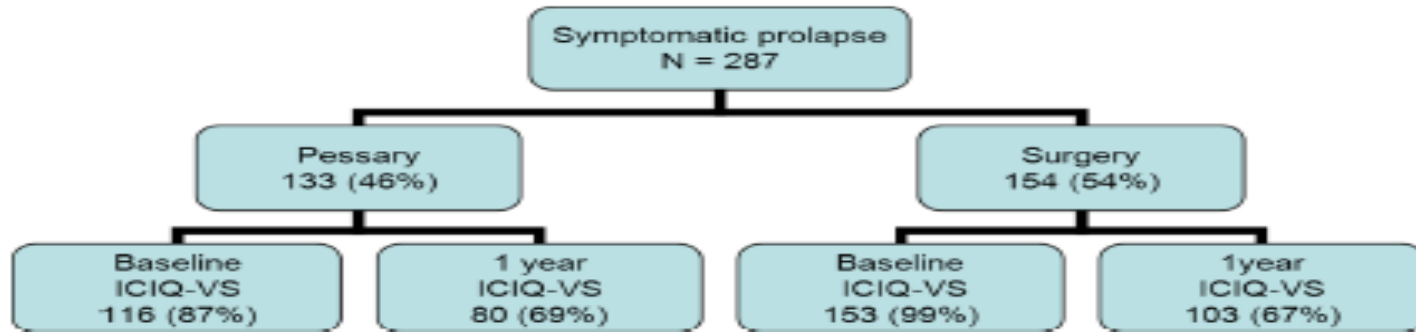
Obstet Gynecol 2016;128:73

Cerrahi ? Pessser?

Int Urogynecol J. 2015
Sep;26(9):1305-12.

One-year prospective comparison of vaginal pessaries and surgery for pelvic organ prolapse using the validated ICIQ-VS and ICIQ-UI (SF) questionnaires

Farah Lone¹ • Rancee Thakar¹ • Abdul H. Sultan¹



287 semptomatik prolapsus hastası

1 yıllık sonuçlar

Her iki grupta Yaşam kalitesi skorlarında anlamlı düzelme var

Defekasyon ve cinsel yaşam açısından cerrahi daha başarılı

Üriner semptomlar açısından iki grup arasında fark yok

Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Int Urogynecol J (2016) 27:981–992
DOI 10.1007/s00192-015-2846-y

REVIEW ARTICLE

The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis

Chunbo Li¹ · Yuping Gong² · Bei Wang³

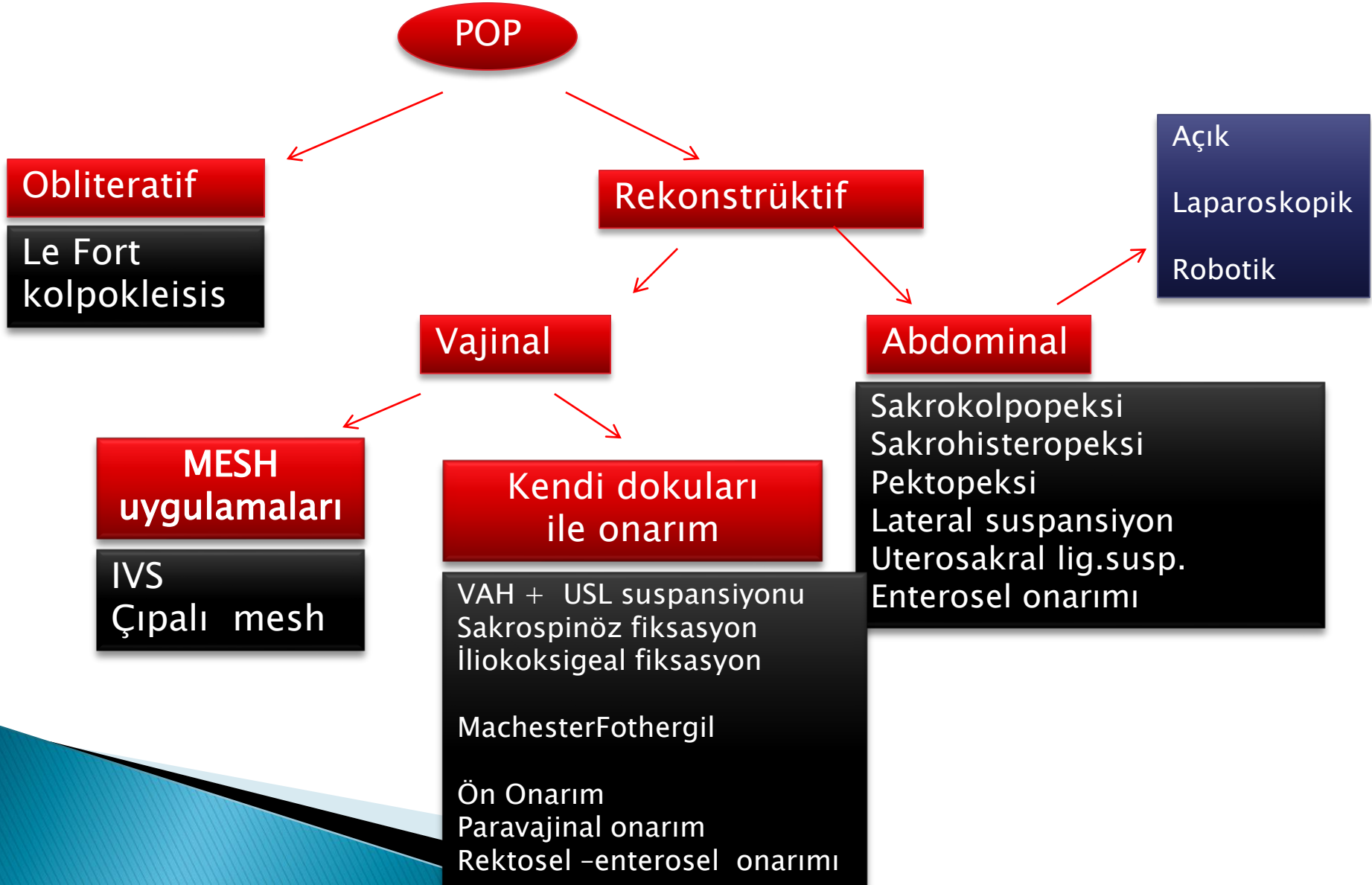
Results In total, 13 studies with 2,340 patients were included. Our results indicated women receiving PFMT gained a greater improvement than controls in prolapse symptom score [mean difference (MD) -3.07 , 95 % confidence interval (CI) -3.91 to -2.23] and POP stages [risk ratio (RR) 1.70 , 95 % CI 1.19 – 2.44]. The number of women who said their prolapse was getting better was higher (RR 5.48 , 95 % CI 2.19 – 13.72) and other discomfort syndromes, such as vaginal, bladder, and rectum, were lower in the PFMT groups than in controls.

Hastaya zararı yok !!! Tüm hastalara önerilmeli

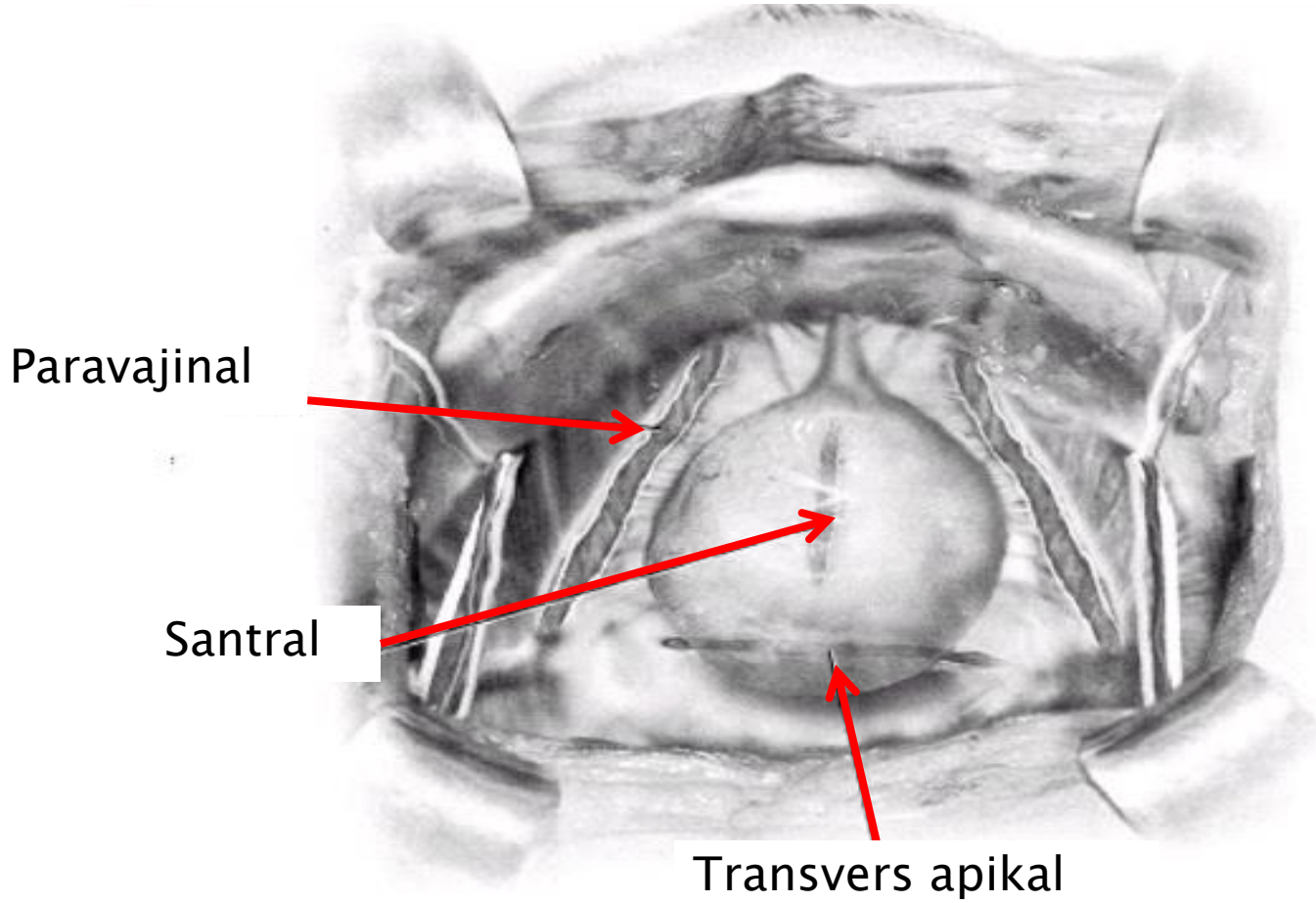
Östrojen tedavisi

- ▶ Primer tedavi açısından yeri yok.
- ▶ Preoperatif önerilmekle birlikte veri yetersiz
- ▶ Rekürrense etkisi yok
- ▶ Raloksifenin (SERM) POP gelişimini yavaşlattığına dair bir yayın mevcut. Rutin kullanımı tavsiye etmek için veri yetersiz

Cerrahi tedavi



Vajen ön duvar prolapsus



Sıklıkla diğer bölgelerde prolapsus mevcuttur
(vajinal apex posterior vajinal duvar vb.)

- ▶ Anterior kolporafi orta hat defektlerin tedavisi için uygulanan klasik cerrahi yöntemdir.
- ▶ Başarısı 37–83% arasında değişmektedir.
- ▶ **Mesh kullanıldığına** **Subjektif rekürrens daha az**
- ▶ 28% ant kolp. 18% mesh , RR 1.57, 95% CI 1.18 to 2.07)
- ▶ **Reoperasyon oranları farklı değil** 14/459 (3%) ant. Colp. vs 6/470 (1.3%) polipropilen mesh (RR 2.18, 95% CI 0.93 to 5.10)
- ▶ **Mesh erozyonu** 1.4%

FDA 2016 'da vajinal yolla mesh uygulamalarını yüksek risk grubuna dahil etti

Surgical management of pelvic organ prolapse in women.
Maher C,
CochraneDatabase Syst Rev. 2013;

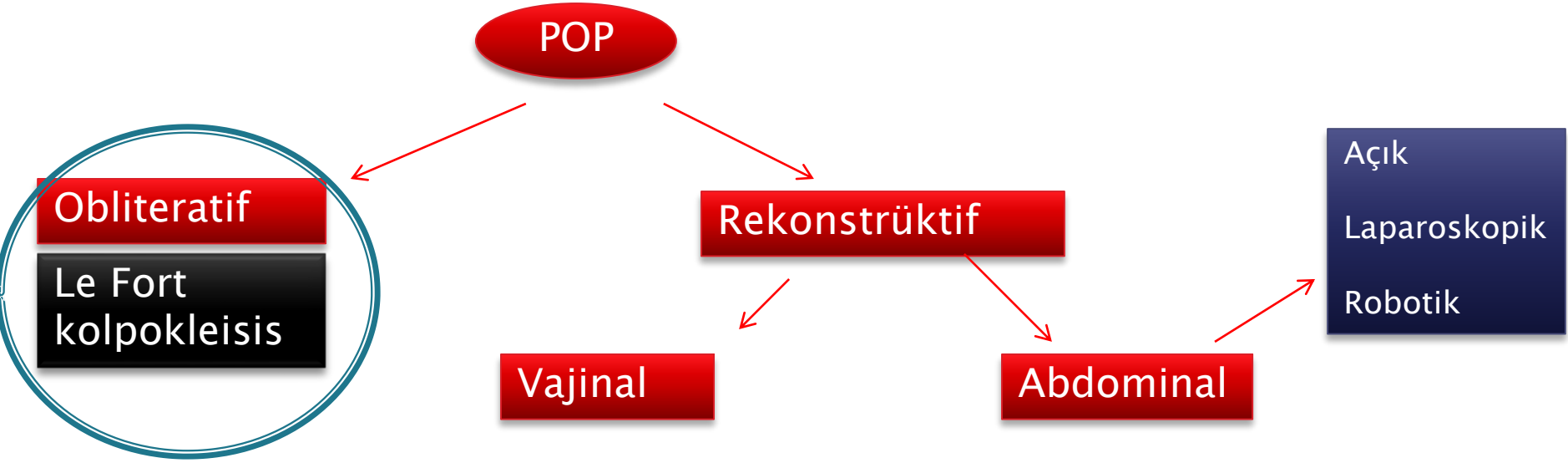
- ▶ Transvers ön duvar defektleri ise apikal prolapsus cerrahisi gibi tedavi edilmelidir.
- ▶ Gözlemsel verilere dayanarak apikal prolapsus cerrahisine paravajinal onarım eklemek başarıyı arttırmıyor.
- ▶ Geniş ön duvar defektlerinde ve Rekürrent olgularda komplikasyon riski hasta ile tartışılarak mesh uygulanabilir.

[Shippey SH, Anatomic outcomes of abdominal sacrocolpopexy with or without paravaginal repair. Int Urogynecol J 2010; 21:279.](#)

Vajen Arka duvar prolapsusu

- ▶ Posterior kolporafi
- ▶ Başarı oranı %76–100
- ▶ Defekasyon bozuklukları varsa external ve internal rektal prolapsus ile birliktelik olabilir.
- ▶ Levator plikasyonu postoperatif disparoni nedeniyle önerilmemektedir.

Apikal prolapsus tedavisi Obliteratif



Kolpikleisis

Parsiyel veya total olabilir

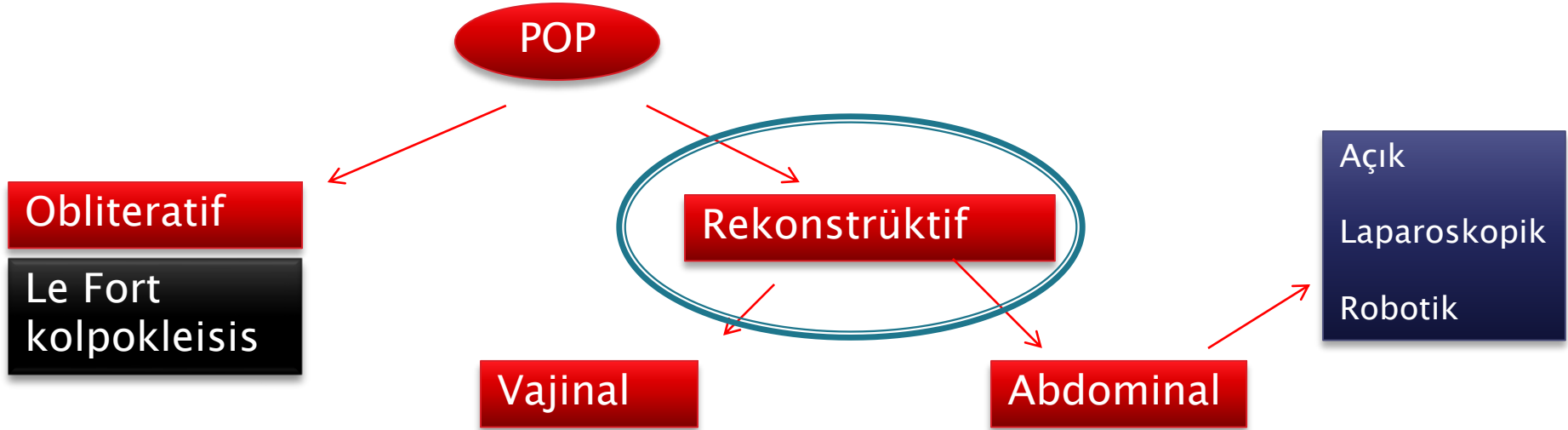
Başarı oranı 90-100%

Pişmanlık % 0-13

- Geniş vajinal hiatus
- Uzun Vajina
- Operasyondan önce prolapsus ile geçen süre

REKÜRRENS İÇİN RİSK FAKTÖRLERİDİR

Apikal prolapsus tedavisi (Rekonstrüktif)



Abdominal ? Vajinal ?

Int Urogynecol J (2011) 22:1445–1457
DOI 10.1007/s00192-011-1542-9

ORIGINAL ARTICLE

Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review

Christopher M. Maher · Benny Feiner ·
Kaven Baessler · Cathryn M. A. Glazener

Study or Subgroup	Method A		Method B		Weight	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total			
1.6.1 abdominal sacral colpopexy vs vaginal sacrospinous colpopexy							
Benson 1996	1	38	5	42	36.5%	0.22 [0.03, 1.81]	
Maher 2004	2	46	8	43	63.5%	0.23 [0.05, 1.04]	
Subtotal (95% CI)		84		85	100.0%	0.23 [0.07, 0.77]	
Total events	3		13				
Heterogeneity: Chi ² = 0.00, df = 1 (P = 0.97); I ² = 0%							
Test for overall effect: Z = 2.37 (P = 0.02)							

	Abdominal Sakral kolpopeksi	Vajinal Sakrospinöz fiksasyon	RR	CI
Recurrent vaginal apex prolapsusu	3.5%	15%	0.23	0.07–0.77
Rekürrent prolapsus	5.7%	20%	0.29	0.09–0.97
Disparoni	16%	36%	0.39	0.18–0.86

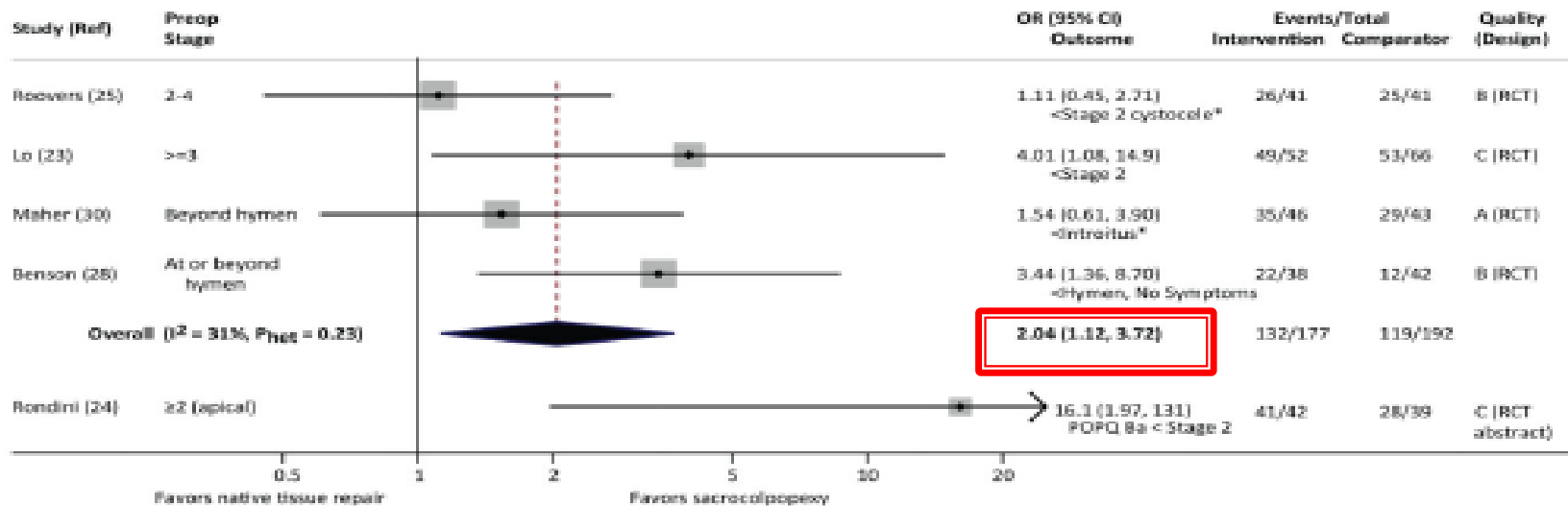
Mesh Sacrocolpopexy Compared With Native Tissue Vaginal Repair: A Systematic Review and Meta-analysis

Nazema Y. SIDDIQUI, MD,

Obstet Gynecol. 2015 January ; 125(1): 44-55.

13 studies reviewed for anatomic, symptom outcomes & reoperation

- 5 RCT
- 8 Comparative cohort studies



Anatomik başarı açısından mesh kolpopeksi tercih edilmeli
 Komplikasyon ve reoperasyon açısından bakıldığında iki yöntem açısından fark yok.

Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review

Christopher M. Maher · Benny Feiner ·
Kaven Baessler · Cathryn M. A. Glazener

Sakrospinoz fiksasyon ile kıyaslandığında
Abdominal sakral kolpopekside:

- ▶ Uzun operasyon süresi MD:21 dk. (95% CI, 12–30)
- ▶ Normal yaşantıya dönüş gecikiyor. MD:8.3 gün (95% CI, 3.9–12.7)
- ▶ Yüksek maliyet MD: USD \$1334 (95% CI, \$1027– \$1641)

- Genç yaş
- evre III–IV POP
- Başarısız POP cerrahisi
- Abdominal eş zamanlı operasyon gereksinimi,
- kısa vajina
- Prolapsus açısından yüksek risk grubunda olan hastalar için abdominal yol tercih edilmeli

Laparoskopi –Robotik Cerrahi ?

- ▶ Endoskopik POP cerrahilerine ait literatür ağırlıklı olarak deneyimli cerrahlar tarafından yapılmış retrospektif kohort çalışmalardan oluşmaktadır.
- ▶ Laparoskopik–Robotik pelvik organ prolapsus cerrahi sonuçlarının değerlendirildiği; Karşılaştırmalı az sayıda çalışma mevcuttur.

A Review of the Current Status of Laparoscopic and Robot-assisted Sacrocolpopexy for Pelvic Organ Prolapse

Richard K. Lee^{a,*}, Alexandre Mottrie^{b,c}, Christopher K. Payne^d, David Waltregny^e



	Laparoskopik SC	Robotik SC
Hasta Serisi	11	6
Hasta sayısı	1221	363
Ortalama takip süresi (ay)	26	28
Ortalama operasyon süresi(dk)	124	202
Conversiyon oranı	3	1
Objektif kür oranı	91	94
Memnuniyet oranı	92	95

Conclusions: LSC and RSC provide excellent short- to medium-term reconstructive outcomes for patients with POP. RSC is more expensive than LSC. Further studies are required to better understand the clinical performance of RSC versus LSC and confirm long-term efficacy.

Laparoskopik cerrahiler

Study	No. of patients	Duration of follow-up, mo	Operative time, min	Estimated blood loss, ml	Conversion rate (%)	Concomitant stress incontinence procedures (%)	Objective success rate with definition (%)	Subjective success rate (%)
Rozet et al. [13]	363	14.6	97	10–100 (>100 in three patients)	8 (2.2)	163 (45)	312 (86) Baden-Walker stage ≤ 1	312 (86)
North et al. [5]	22	26.5	NA	NA	NA	1 (5)	22 (100) POP-Q stage 0 at vault	21 (95)
Sarlos et al. [28]	101	12	141	95	2 (2)	30 (30)	99 (98) POP-Q stage 0	93 (92)
Sergent et al. [9]	116	34.2	185	1.3 g/dl loss	5 (4)	29 (25)	103 (89) POP-Q stage ≤ 1	NA
Clærhout et al. [7]	132	12.5	181	185	5 (0.7)	5 (4)	103 (78) POP-Q stage ≤ 1	121 (92)
Perez et al. [8]	94	12	NA	NA	NA	37 (39)	88 (94) POP-Q stage ≤ 1	93 (99)
Price et al. [45]	84	43	64	75	0 (0)	8 (10)	74 (88) Definition NA	72 (86)
Granese et al. [44]	165	60	55	100–250	NA	63 (38)	157 (95) Definition N/A	137 (83)
Ross et al. [12]	43	24.5	96	100	NA	NA	40 (93) Baden-Walker stage ≤ 2	NA
Leruth et al. [11]	55	25	123	NA	0 (0)	NA	55 (100) Baden-Walker stage ≤ 1	55 (100)
Gadonneix et al. [33]	46	24	171	NA	5 (11)	28 (61)	38 (83) Baden-Walker stage ≤ 1	36 (95)
Total or mean	1221	26.2	124	–	25 (3)	364 (30)	1091 (91)	940 (92)

NA = not applicable; POP-Q = Pelvic Organ Prolapse-Quantification.

30% ürineri inkontinans cerrahisi eklenmiş

Robotik Cerrahiler

Study	No. of patients	Duration of follow-up, mo	Operative time, min	Estimated blood loss, ml	Conversion rate (%)	Concomitant stress incontinence procedures (%)	Objective success rate with definition (%)	Subjective success rate (%)
Moreno Sierra et al. [14]	31	25	186	NA	1 (3)	30 (97)	31 (100) Definition NA	31 (100)
Elliott et al. [34]	30	24	186	NA	1 (3)	11 (37)	29 (95) Baden-Walker stage not defined	NA
Germain et al. [30]	52	42	190	NA	2 (4)	NA	47 (90) Definition NA	47 (90)
Ploumidis et al. [16]	95	34 (median)	105	25	0 (0)	NA	91 (96) Baden-Walker stage 0	NA
Belsante et al. [15]	35	28	288	71	0 (0)	NA	NA	NA
Salamon et al. [10]	120	12	161	49	0 (0)	85 (71)	107 (89) POP-Q stage ≤ 1	113 (94)
Total or mean	363	28	202	43	4 (1)	126 (70)	305 (94)	191 (95)

NA = not applicable; POP-Q = Pelvic Organ Prolapse-Quantification.

Olguların % 70'ine inkontinans cerrahisi eklenmiş

Robotik vs Açık

Robotik vs
Laparoskopik

Robotik –laparoskopik ve Abdominal sakrokolopeksi serilerinin klinik sonuçlarının karşılaştırılması

Açık abdominal SC'de kanama miktarı Daha fazla

Study	No. of patients (RSC vs LSC vs ASC)	Mean duration of follow-up	Mean operative time, min	Estimated blood loss, ml	Conversion rate (%)	Rate of concurrent stress incontinence procedures (%)	Objective success rate (%)	Subjective success rates (%)
Geller et al. [39]	73 vs NA vs 105	6 wk	328 vs NA vs 255	103 vs NA vs 255	1 (1) vs NA vs 0 (0)	37 (51) vs NA vs 42 (40)	73 (100) vs NA vs 105 (100)	NA
Collins et al. [38]	30 vs NA vs 22	10 d	263 vs NA vs 246	83 vs NA vs 215	0 (0)	9 (30) vs NA vs 9 (39)	NA	NA
Paraiso et al. [20]	40 vs 38 vs NA	12 mo	349 vs 280 vs NA	NA	8 (8) vs 2 (5) vs NA	25 (63) vs 23 (61) vs NA	35 (88) vs 35 (91) vs NA	NA
Seror et al. [20]	20 vs 47 vs NA	15 mo vs 18 mo LSC vs NA	215 vs 220 vs NA	22 vs 28 vs NA	1 (5) vs 1 (2) vs NA	3 (15) vs 7 (15) vs NA	20 (99) vs 47 (99) vs NA	19 (96) vs 45 (96) vs NA
Awad et al. [37]	40 vs 40 vs NA	3 mo	186 vs 176 vs NA	NA	NA	12 (30) vs 14 (35) vs NA	NA	NA
Siddiqui et al. [40]	125 vs NA vs 322	18.3 mo vs NA vs 11.7 mo	NA	90 vs 0 vs 208	NA	52 (42) vs NA vs 157 (49)	66 (94) vs NA vs 273 (94)	81 (92) vs NA vs 292 (96)
Total or mean	328 vs 125 vs 449	8 mo	268 vs 135 vs 199	75 vs 70 vs 175	7 (5) vs 3 (4) vs 0 (0)	138 (42) vs 44 (35) vs 208 (46)	194 (95) vs 82 (95) vs 378 (97)	-

Abdominal sacrocolpopexy; LSC = laparoscopic sacrocolpopexy; NA = not applicable; POP-Q = Pelvic Organ Prolapse-Quantification RSC = robot-assisted sacrocolpopexy.

Robotik olgularda operasyon süresi uzun

Başarı oranı benzer ve yüksek

Laparoskopik Saktokorpeksi Seriminde komplikasyonlar

Study	No. of patients	Mesh erosion (%)	Bladder injury (%)	Bowel injury (%)	De novo stress urinary incontinence (%)	LUTS (%)	Dyspareunia (%)	Other (%)
Rozet et al. [13]	363	3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (6)	0 (0)	1 (0.2) small bowel obstruction, 1 (0.2) port site hernia, 1 (0.2) spondylitis
North et al. [5]	22	1 (5)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5) vault infection
Sarlos et al. [28]	101	1 (1)	4 (4)	3 (3)	24 (24)	27 (27)	0 (0)	1 (1) vaginal laceration, 1 (1) port site bleed, 1 (1) wound infection, 1 (1) ileus, 19 (19) constipation
Sergent et al. [9]	116	5 (4)	3 (2.6)	2 (1.7)	0 (0)	11 (9.5)	0 (0)	15 (13) sciatica, 1 (1) back pain, 1 (1) pelvic pain
Claerhout et al. [7]	132	6 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1) bleeding, 3 (2) nerve lesions, 2 (2) unspecified local problems
Perez et al. [8]	94	3 (3)	0 (0)	0 (0)	6 (6)	1 (1)	0 (0)	1 (1) chronic pelvic pain, 1 (1) rectal discomfort
Price et al. [45]	84	5 (6)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (5)	
Granese et al. [44]	165	12 (0.7)	5 (3)	3 (2)	15 (9)	15 (9)	2 (3)	10 (6) fever, 5 (3) back pain, 2 (1) vaginal hematoma
Ross et al. [12]	43	4 (9)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	4 (9)	4 (9)	2 (5) obstructive defecation, 1 (2) rectal splinting, 1 (2) fecal incontinence
Leruth et al. [11]	55	0 (0)	1 (2)	0 (0)	30 (55)	0 (0)	0 (0)	-
Gadonneix et al. [33]	46	0 (0)	3 (7)	0 (0)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (2) fever, 1 (2) obstructive defecation
Total or mean	1221	40 (3)	19 (2)	8 (1)	78 (9)	79 (6)	10 (1)	-

LUTS = lower urinary tract symptoms.

Table 6 – Complications of robot-assisted sacrocolpopexy patient series

Study	No. of patients	Mesh erosion (%)	Bladder injury (%)	Bowel injury (%)	De novo stress urinary incontinence (%)	LUTS (%)	Dyspareunia (%)	Other (%)
Moreno Sierra et al. [14]	31	0 (0)	2 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3.2) vaginal tear, 1 (3.2) port infection, 1 (3.2) ileus, 1 (3.2) myocardial infarction, 1 (3.2) syncope
Elliott et al. [34]	30	2 (7)	0 (0)	0 (0)	2 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (3.3) vaginal bleed, 2 (6.7) port infections
Germain et al. [30]	52	0 (0)	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.9) vaginal tear, 1 (1.9) UTI, 1 (1.9) wound infection
Ploumidis et al. [16]	95	1 (1)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	11 (12)	0 (0)	1 (1) vaginal injury, 1 (1) bowel obstruction, 1 (1) UTI, 5 (5) constipation
Belsante et al. [15]	35	1 (3)	0 (0)	0 (0)	2 (6)	0 (0)	0 (0)	5 (14) vaginal injury, 1 (3) port site hernia
Salamon et al. [10]	120	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (4)	2 (2)	2 (2)	-
Total or mean	363	4 (1)	5 (1)	1 (0.3)	9 (3)	13 (4)	2 (1)	-

LUTS = lower urinary tract symptoms; UTI = urinary tract infection.

Laparoscopic pectopexy: a randomised comparative clinical trial of standard laparoscopic sacral colpo-cervicopexy to the new laparoscopic pectopexy. Short-term postoperative results

K. G. Noé · C. Spüntrup · M. Anapolski

	Pectopexy group	Sacral colpoexy group	<i>p</i> -Values
Total number of patients	43	40	–
Average age (years)	62.1 (range 35–80)	61.2 (range 41–83)	0.36416577
Average BMI	25.8 (range	25.6 (range	0.5
Average operating time (min)	43.1 (range 27–63)	52.1 (range 40–95)	0.00021003
Average blood loss (ml)	4.6 (range 0–40)	15.3 (range 0–80)	0.000153262
Average hospital stay (days)	5.1 (range 3–11)	4.9 (range 4–7)	0.22671038

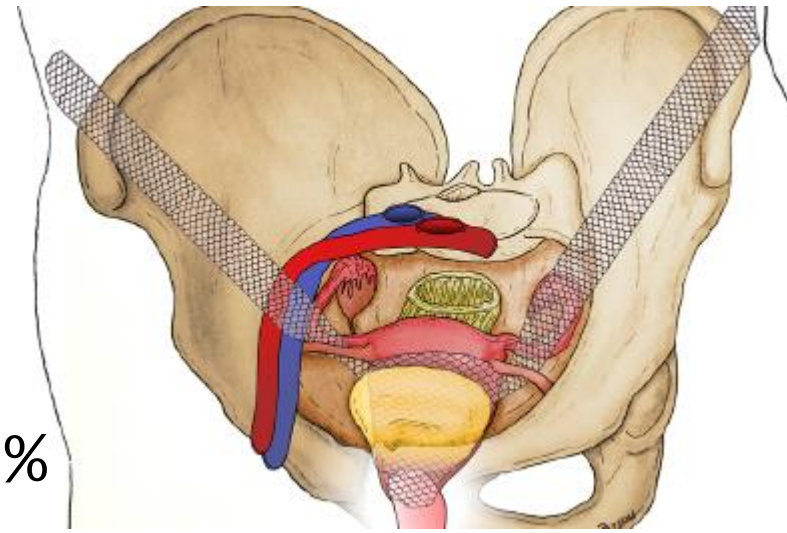
Klinik anlam ifade etmiyor

Patient satisfaction after laparoscopic lateral suspension with mesh for pelvic organ prolapse: outcome report of a continuous series of 417 patients

Nikolaus Veit-Rubin^{1,2} • Jean-Bernard Dubuisson^{1,3} • Angèle Gayet-Ageron^{1,4} • Sören Lange^{1,5} • Isabelle Eperon^{1,5} • Jean Dubuisson^{1,5}

Postoperatif 1.yılda
Subjektif başarı 78.4%
Anatomik başarı ön duvar 91.6%
Anatomik başarı apex 93.6%
Anatomik başarı arka duvar 85.3%

Major komplikasyon 2.2%
Mesh komplikasyonu 4.3%
Reoperasyon 7.3%



Apikal prolapsus Vajinal Yol

- ▶ Sakrospinöz fiksasyon SSLF
- ▶ Uterosakral ligament supansiyonu ULS
- ▶ İleokoksigeus Fiksasyonu

Bu operasyonlara genellikle vajinal histerektomi ekleniyor

Vajinal uzunluğun fiksasyon noktasına yetecek mesafeda olmasına dikkat edilmeli.

- ▶ **SSLF** için rekürrent apikal prolapsus 2–19%
- ▶ Recurrent anterior prolapsus 6–29%
- ▶ Hemoraji 19%
- ▶ Sinir hasarı 1.8%
- ▶ **ULS** için rekürrens %9
- ▶ Üreter obstrüksiyonu %1.8–3

Geniş anterior vajen duvarı defektlerinde SSLF tercih edilmemeli

ULS sonrası üreteral orafislerden jet akımı görmek için sistoskopi ile sistoskopi önerilir

Effect of Uterosacral Ligament Suspension vs Sacrospinous Ligament Fixation With or Without Perioperative Behavioral Therapy for Pelvic Organ Vaginal Prolapse on Surgical Outcomes and Prolapse Symptoms at 5 Years in the OPTIMAL Randomized Clinical Trial.
Jeovsek JE, JAMA. 2018;319(15):1554.

- ▶ 244 POP cerrahisi (ort.yaş 57.2)

	ULS	SSLF
2.Yıl başarısı	59.2	60.5
5.Yıl başarısı	44	33

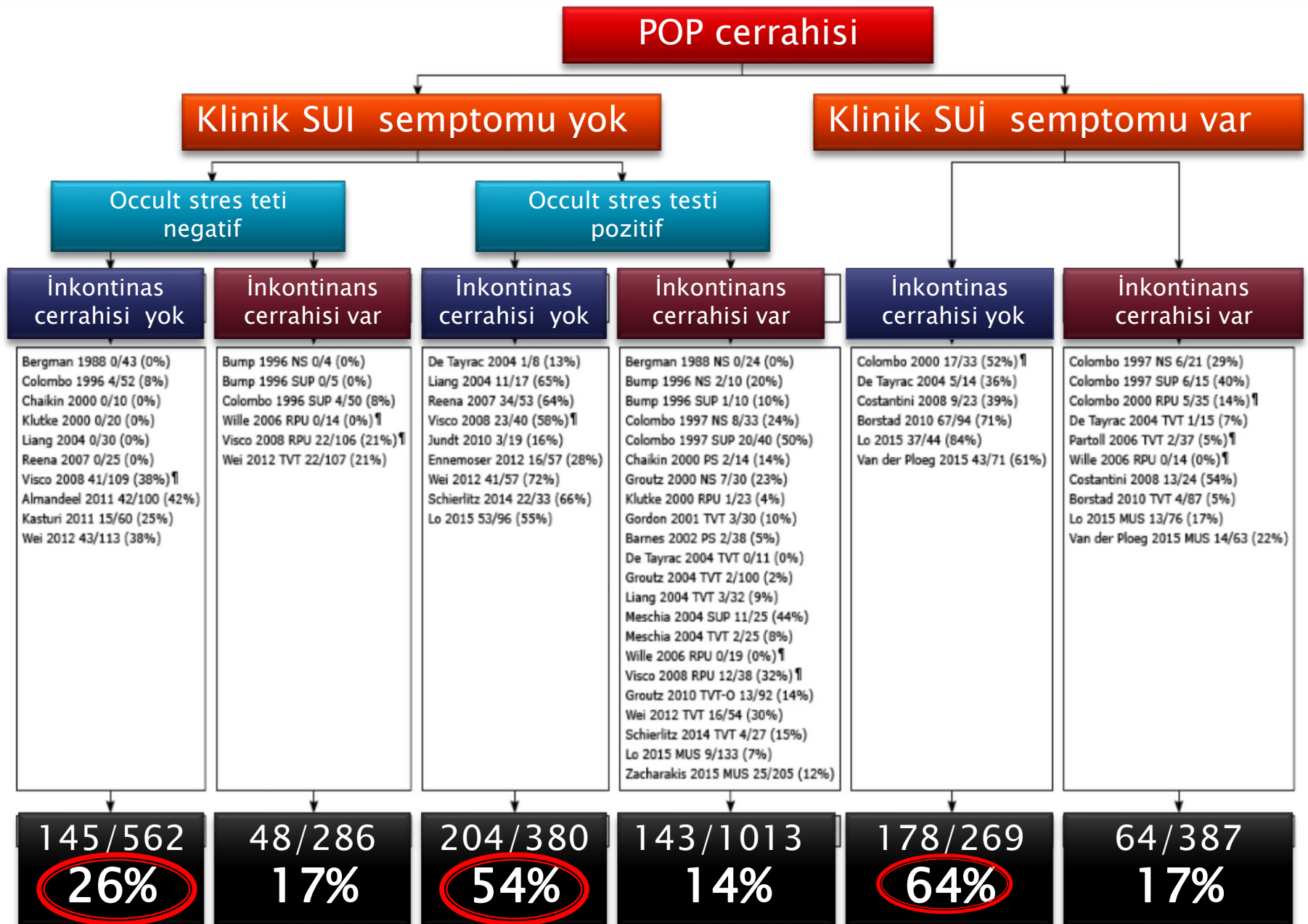
POP cerrhisine anti inkontinas cerrahisi eklemelimiyiz?

POP ve SUI birlikteliđi 80 %

İleri evre POP'da gizli uriner inkontinans 80%

Prolapsus redükte edildikten sonra stres test veya ürodinami ile gizli inkontinans 50% (+)

POP cerrahisi sonrası SUI gelişme riski



- ▶ POP ile birlikte Semptomatik üriner inkontinans tariflemeyen olgular için değişik yakışımlar:

A.Üniversal yaklaşım: Tüm POP cerrahilerine inkontinans cerrahisi eklenmesi

B.Seçici yaklaşım: Gizli inkontinans eğer pozitifse inkontinans cerrahisi eklenir.

C.Basamaklı yaklaşım: sadece POP cerrahisi uygulanır. Postoperatif stres üriner inkontinans gelişmesi durumunda inkontinans cerrahisi yapılır.



NIH Public Access

Author Manuscript

Clin Trials. Author manuscript; available in PMC 2010 May 29.

Published in final edited form as:

Clin Trials. 2009 April ; 6(2): 162–171. doi:10.1177/1740774509102605.

Outcomes following vaginal Prolapse repair and mid Urethral Sling (OPUS) trial

John T. Wei, MD, MS¹, Ingrid Nygaard, MD², Holly E. Richter, PhD, MD³, Morton B Brown,

OPUS çalışmasında Universal yaklaşımla, transvajinal POP cerrahisi ile birlikte midüretal sling uygulanması durumunda 12 aylık takipte number need to treat 6.3 tür.

Bu çalışmada ayrıca mesane perforasyonu, üriner enfeksiyon ve işeme güçlüğü gibi komplikasyonların arttığı hastaların 2.4%'de üretrolysis gereksinimi olduğu bildirilmiştir.

- ▶ Mevcut kanıta dayalı veriler doğrultusunda
- ▶ POP \geq Evre II Abdominal sakrokolpopeksi olacak hastalara universal yaklaşım ile Burch eklenmesi önerilmektedir. **Grade IB**
- ▶ POP \geq Evre II vajinal yolla cerrahi planlanan gizlenmiş SUI + hastalara anti inkontinans cerrahisi eklenmesi önerilmektedir. **Grade IB**
- ▶ POP \geq Evre II vajinal yolla cerrahi planlanan gizlenmiş üriner inkontinansı olmayan hastalara anti inkontinans cerrahisi eklenmesi önerilmemektedir. **Grade IIB.**

Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse

Nicole B. Korbly, MD; Nadine C. Kassis, MD; Meadow M. Good, DO; Monica L. Richardson, MD, MPH; Nicole M. Book, MD; Sallis Yip, MD; Docile Saguan, MD; Carey Gross, MD; Janelle Evans, MD; Vrishali V. Lopes, MS; Heidi S. Harvie, MD, MSCE, MBA; Vivian W. Sung, MD, MPH

Am J Obstet Gynecol
2013;209:470.e1-6.

TABLE 2

Impact of treatment efficacy on patient preferences

N:213

Variable	Uterine preservation, %	Hysterectomy, %	No preference, %	P value
Treatment outcomes equal	36	20	44	< .001
Uterine preservation superior	46	11	43	< .001
Hysterectomy superior	21	36	43	< .001

Values are row proportions.

Korbly. Patient preferences for uterine preservation. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

GYNECOLOGY

Does prolapse equal hysterectomy? The role of uterine conservation in women with uterovaginal prolapse

Beri M. Ridgeway, MD

July 21, 2015.

- Uterin myomların ve anormal uterin kanamaların konservatif tedavilerindeki ilerlemeler
- Serviks kanserine yönelik tarama ve aşılama stratejilerindeki olumlu gelişmeler
- Tedavi seçeneklerinin Yaşam kalitesi üzerinde yoğunlaşması

Histerektominin pelvik organ prolapsusu tedavisindeki rolünü tartışmalı hale getirmiştir.

Avantajlar

Ameliyat süresi kısalır

Kan kaybı azalır

Fertilite korunur

Doğal menapoz

Gereksiz cerrahi girişimden kaçınılmış olur

Daha az mesh komplikasyonu

Uterusun pelvik stabilite ve cinsel disfonksiyon açısından rolü korunur

Kısa dönem sonuçlar benzer

Erken iyileşme

Hasta tercihi

Dezavantajlar

Uzun dönem cerrahi sonuçlar?

Devam etmekte olan serviks ve endometrium kanseri olasılığı

İleri dönemde histerektomi zor olabilir?

Serviks kanseri taramasına devam

Mensesler devam ediyor

CLINICAL OPINION

ajog.org

GYNECOLOGY

Does prolapse equal hysterectomy? The role of uterine conservation in women with uterovaginal prolapse

Beri M. Ridgeway, MD

Postmenopausal kanama

Geçirilmiş veya var olan servikal displazi

Familial cancer syndrome—BRCA 1 ve 2

Hereditary nonpolyposis colonic cancer syndrome

Tamoxifen tedavisi

Uterin anomaliler

Fibroids, adenomyosis, anormal endometrial örnekleme sonucu

Anormal uterin kanama

Jinekolojik takiplerin yapılamayacağı durumlar

Elangasyo kolli (relatif kontrendikasyon)

Histerektomi önerilir

Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines

Kate V. Meriwether, MD; Danielle D. Antosh, MD; Cedric K. Olivera, MD, MS;

37 Case Series >50 Patients

- 7 abd sacro-hysteropexy (SHP)
- 4 other abd hysteropexy (AHP)
- 10 vaginal mesh HP
- 5 vaginal HP without mesh (uterosacral or sacrospinous)
- 6 LeFort colpocleisis
- 5 Manchester

45 Non-Randomized Comparative Studies (nRCS)

- 41 compare uterine preservation to POP surgery with hysterectomy
- 4 compare uterine preservation to another uterine preservation POP surgery

12 Randomized Controlled Trials (RCTs)

- 2 Abd Sacro-hysteropexy (SHP) vs TVH/USLS
- 3 Mesh HP vs TVH/mesh
- 2 Mesh HP vs. TVH/USLS
- 4 Sacrospinous HP vs. TVH/sacrospinous
- 1 Manchester vs. TVH/suspension

Surgeries compared	Results favoring uterine preservation	Results favoring hysterectomy	Study population (number of women) and study types	Longest length of follow-up	Overall quality of evidence
Açık veya LS histeropeksi vs Histerektomi + sakrokolpo/servikopeksi	<ul style="list-style-type: none"> • Less mesh erosion • Less EBL • Shorter OR time • Lower surgical cost 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved pelvic floor quality-of-life questionnaires 	n = 745 9 nRCTs	39 mo	Moderate
LS mesh sakrohisteropeksi vs VAH+ULS	<ul style="list-style-type: none"> • Higher POP-Q point C • Less EBL • Shorter hospital stay • Lower 24 hour post-operative pain scores • Faster return to normal activities • Longer total vaginal length 	<ul style="list-style-type: none"> • Less OR time • Less minor repeat procedures (i.e. colporrhaphy), but no difference overall repeat surgery for prolapse 	n = 100 1 RCT	12 mo	Moderate
Açık abd sakrohisteropeksi vs VAH+ULS	<ul style="list-style-type: none"> • None significant 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved quality-of-life questionnaires • Less bothersome urinary symptoms • Improved mobility • Less postoperative pain 	n = 82 1 RCT	8 y	High

TABLE 1

Summary of overall results for comparisons of apical prolapses surgeries with uterine preservation vs a comparator surgery that involved hysterectomy

Surgeries compared	Results favoring uterine preservation	Results favoring hysterectomy	Study population (number of women) and study types	Longest length of follow-up	Overall quality of evidence
Transvajinal SSHP veya ULS Vs Vajinal histerektomi SSLF veya USLP	<ul style="list-style-type: none"> • Shorter OR time • Less EBL 	<ul style="list-style-type: none"> • None significant 	n = 1449 4 RCTs, 9 nRCs	26 mo	Moderate
Manchester Vs TVH+ULS	<ul style="list-style-type: none"> • Less blood transfusion • Less EBL • Shorter OR time • Longer time to prolapse recurrence (1 study) • Smaller GH, longer PB (1 study) 	<ul style="list-style-type: none"> • None significant 	n = 1126 1 RCT, 5 nRCs	31 mo	Moderate
Lefort Vs TVH+ ön arka onarım	<ul style="list-style-type: none"> • Shorter OR time 	<ul style="list-style-type: none"> • None significant 	n = 63 1 nRCs	25 mo	Low

Tüm Hastalara konservatif yöntemleri öner

İleri Yaş
Uzun cerrahiye tolere edemiyor
Cinsel yaşam yok

Evet

Obliteratif cer.

Hayır

Rekonstrüktif cer.

Semptomatik SUI
Gizli inkontinas (+) SUI

Evet

Antiinkontinans
cerrahisi ekle

Hayır

Anti inkontinans
cerrahisi yapma



Servikal veya endometrial preinvazif invazif lezyon var.
İleride gebelik istemiyor.
Histerektomi istiyor.
Planlanan cerrahi histerektomi gerektiriyor.

Evet

Hayır

Histerektomi yap

Histerektomi yapma

Genç yaş
Yüksek rekürrens riski
Kısa vajina
Abdominal ek patoloji

İleri yaş
Abdominal cerrahi tolere edemiyor veya istemiyor
düşük rekürrens riski

Abdominal yol

Vajinal yol

Teşekkür ederim