

Descensus urogenitalis

Sissel Oversand	Oslo universitetssykehus, Ullevål; sisove@ous-hf.no
Mariann Eidet	Sørlandet Sykehus, Kristiansand
Kjersti Rimstad	Akershus universitetssykehus
Ida McFadzean	Sørlandet Sykehus, Kristiansand

ICD-10-koder

N81 Fremfall av kvinnelige kjønnsorganer (evt. forklaringer i parentes)

- N81.1 Cystocele
- N81.2 Ufullstendig uterovaginalt fremfall (inkomplett prolaps av uterus og vaginaltopp)
- N81.3 Fullstendig uterovaginalt fremfall (totalprolaps av uterus eller vaginaltopp)
- N81.4 Uspesifisert uterovaginalt fremfall (uspesifisert prolaps av uterus eller vaginaltopp)
- N81.5 Vaginalt enterocele
- N81.6 Rectocele
- N81.8 Annet spesifisert fremfall av kvinnelige kjønnsorganer (f.eks. cervixhypertrofi)
- N81.9 Uspesifisert fremfall av kvinnelige kjønnsorganer

Ved uterusprolaps anvendes ikke tilleggsnummer når cysto-, recto- og enterocele forekommer samtidig.

N99 Forstyrrelser i urinveier og kjønnsorganer etter kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted

- N99.3 Vaginalt fremfall etter hysterectomi

Anbefalinger

Vi anbefaler

- Behandlingen skal rettes mot subjektive plager fremfor objektive funn (I)
- Hysterektomi på descendert uterus anbefales utført kombinert med en metode som sørger for feste av vaginaltoppen (II)
- Ved uttalt midtkompartmentprolaps (uterus eller vault) anbefales sacrokolpopeksi eller spinafiksasjon. Sacrokolpopeksi er best dokumentert i forhold til langtidsresultater (apikal residivrisiko og subjektiv symptomreduksjon). Pectopeksi har vist gode resultater på kort sikt (langtidsdata mangler) (I)

Vi foreslår

- Vaginal tilgang ved primæroperasjoner hvor uterus er intakt (II)
- For eldre kvinner som ikke ønsker å bevare muligheten for vaginalt samleie, er kolpogleise/partiell kolpogleise et godt alternativ (II)

Vi anbefaler ikke

- Vaginalt syntetisk nett anbefales ikke brukt ved primæroperasjoner pga. risiko for komplikasjoner, kan i spesielle tilfeller brukes ved recidivoperasjoner etter nøye risikovurdering (I)

Søkestrategi

Pyramidesøk (Up to Date)

Web of Science Cochrane Database

PubMed

ACOG/AGUS Guidance Documents

Definisjon (1)

Urogenittalt descens, urogenittalt prolaps eller livmorfremfall (uttrykkene brukes om hverandre) defineres som nedsig av skjedevegger og bekkenorganer gjennom den naturlige åpningen til vagina gjennom bekkenbunnen grunnet ulike defekter i opphengningsapparatet.

Typer descens (1)

Fremre vegg:

Cystocele (sentrale og laterale)

Descens av urethra

Bakre vegg:

Rectocele

Enterocoele

Midtkompartment:

Descens/prolaps av uterus

Elongatio cervicis uteri (hypertrofi av cervix)

Descens/prolaps av vaginaltoppen der uterus tidligere er fjernet (vaultprolaps)

Epidemiologi

Forekomst (2,3)

3-6 % av kvinner får symptomatisk descens i løpet av livet, opptil 50 % av postmenopausale kvinner har descens ved undersøkelse (både asymptomatiske og symptomatiske).

1.5-1.8 per 1000 kvinner behøver hvert år kirurgisk behandling med gjennomsnittsalder 60 - 69 år.

Descensoperasjoner representerer ca. 25 % av større gynekologiske inngrep utført i sykehus.

Etiologi/Patogenese (1,4)

Klare etiologiske faktorer mangler

Multifaktoriell

Risikofaktorer (1,4)

Paritet

Vaginale fødsler, spesielt instrumentelle forløsninger med tang

Alder

Østrogenmangel

Overvekt

Tungt fysisk arbeid

Obstipasjon

Kronisk hoste

Kirurgi i det lille bekken

Genetiske sykdommer som affiserer bindevev kan predisponere (for eksempel Ehler Danlos, Marfan)

Diagnostikk (5)

Ofte ikke samsvar mellom grad av symptomer og funn

Anamnese

- Mekaniske plager som tyngdefornemmelse og «kul i skjeden»
- Vannlatingsplager som tømningstvansker, residiverende UVI, inkontinens (stress, urgency eller blandingsinkontinens), urgency, pollakisuri
- Avføringsplager som obstipasjon eller tømningstvansker (evt. behov for å dytte med en finger mot perineum eller bakre skjedevegg for å få tømt ampullen)
- Seksuell aktivitet
- Lokal østrogenbruk

Gynekologisk undersøkelse

- Beskrive grad av descens i hvert av de tre kompartiment ved maksimal bukpress (se nedenfor under POP-Q). Graden av uterusdescens kan vurderes ved drag med kuletang på portio hvis pasienten ikke kan presse maksimalt.
- Eksplorasjon/palpasjon i stående stilling mens pasienten presser maksimalt, kan være til nytte ved diskrepans mellom symptomer og objektive funn

Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) Scale (1)

Gradering (utføres ved maksimal bukpress/Valsalva)

- Grad 0: ingen descens
- Grad I: Dypeste punkt av descenset når maksimalt ned til 1 cm proksimalt for hymen
- Grad II: Dypeste punkt av descenset når fra mellom 1 cm over til 1 cm distalt for hymen
- Grad III: Dypeste punkt av descenset når mer enn 1 cm distalt for hymen (men ikke mer enn total vaginal lengde (tvL) -2 cm).
- GradIV: Total prolaps i et gitt kompartiment eller total eversion av vagina

POP-Q systemet inneholder flere punkter og mål, i klinisk sammenheng viktigst å vurdere (i hvile):

- Total vaginal lengde
- Perineallegemets høyde og fylde
- Genital hiatus (måles fra uretraostiet til bakre kommisur)- er skjeden vid eller er det relativt trange forhold?

Andre preoperative undersøkelser (5,6)

- *Rektaleksplorasjon:* vurdere mistanke om enterocele hvis fingeren ikke kommer «opp i celet». Noen ganger kan man palpere tydelige tynntarmsslynger eller peristaltikk. Ofte er skillet mellom rectoceler og enterocele vanskelig klinisk og må konfirmeres peroperativt.
- *Transvaginal ultralyd:* vurdere evt. annen gynekologisk patologi som krever oppfølging (som pipelleprøve ved fortykket endometrium postmenopausal)
- *Resturin* (ultralydestimat, blærescanning eller engangskateterisering): vurdere blæretømningsvansker
- *Reposisjonstest* (be pasienten hoste mens man reponerer descenset uten å komprimere uretra) har lav diagnostisk verdi for å identifisere risikopasenter for postoperativ de novo stressinkontinens, og anbefales

derfor ikke.

Differensialdiagnoser (7)

Vaginalcyster
Parauretrale cyster
Urethradivertikler
Tumores i vagina

Behandling

Kun kvinner med plager bør vurderes for behandling

Konservativ behandling (8-10)

Livsstiltiltak

Vekttap, tiltak for å redusere hoste (røykeslutt, optimalisere behandling for astma/KOLS) samt tiltak for å regulere avføringen.

Lokalt østrogen

Bekkenbunnstrening kan forsøkes som symptomlindring for å utsette/unngå kirurgi

Pessar (11)

Kan forsøkes hvis kvinnen ikke ønsker operasjon, hvis operasjon er kontraindisert, under graviditet/postpartum eller i påvente av operasjon:

Størrelse: Benytt minste effektive størrelse. Unngå stramming av vaginalsliminnene. Pessaret skal ikke merkes av pasienten når det sitter korrekt.

Type: Støttende pessar med eller uten segl er mest brukt. Romfyllende pessarer (Doughnut, Gellhorn, Kube) er bedre hos enkelte.

Oppfølging: Pessaret skal vanligvis renses hver 3- 6 mnd. Vaginal inspeksjon for sårdannelse/decubitus. Fremskynd kontroll ved blødning/utflod. Lokalt østrogen foreslås brukt som decubitusforebyggende ved pessarbruk. Kvinner med cancer mamma kan tilbys lokal østrogen i samråd med onkolog. Ved

pågående behandling med aromatasehemmer pga østrogenreseptor positiv cancer mamma er lokalt østrogen kontraindisert (12)

Decubitus: Forsøk pensling av sår med Policresulen (Albothyl®) vaginalløsning. Intensiv daglig lokal østrogenbehandling i 2 uker uten ring. OBS risiko for synekidannelse i denne perioden. Ved uttalte descensplager kan intensivt østrogenbehandling gjennomføres uten at ringen fjernes. Kort intervall til ny kontroll. Ved residiverende decubitus, vurder kirurgi.

Descens under graviditet eller postpartum (13)

Skal behandles konservativt, går oftest spontant tilbake, om nødvendig brukes pessar

Lokalt østrogen kan være nyttig postpartum (når kvinnen er amenorroisk) Operasjon sjelden nødvendig. Det bør gå minst ett år postpartum før kirurgi vurderes, særlig hvis kvinnen ammer > 1 år grunnet lave østrogenverdier. Ved for tidlig kirurgi etter fødsel og amming øker risiko dyspareuni og stressinkontinens

Kirurgi (14)

Postmenopausale kvinner anbefales lokalt østrogen i minst 2 uker preoperativt, samt foreslås å fortsette med det etter operasjonen (starte igjen ca. 4 uker etter inngrepet) Inngrepet individualiseres med mål om å gjenopprette normal anatomi.

Vurder metoder med minst risiko for residiv versus metoder som best ivaretar normal funksjon i de nedre urinveier og normal seksualfunksjon.

Ofte foreligger det kombinasjonsdefekter som gjør at flere ulike metoder må kombineres. Det er viktig å få vaginaltoppen opp og inn i bekkenet og feste den. Det vil oftest strekke både fremre og bakre vegg til riktig posisjon.

Preoperativ pasientinformasjon (15)

Informasjon om forventet resultat og mulig risiko.

Vannlatingsproblemer, spesielt postoperativ urinlekkasje.

Blæretømningsbesvær

Dyspareuni, spesielt ved bakre plastikk

Genital descens og stressinkontinens (6, 16-18)

Descenskirurgi anbefales før vurdering av kirurgiske tiltak for stressinkontinens da denne kan avta/opphøre etter anatomisk korreksjon.

Inkontinensutredningen anbefales utført etter descensoperasjonen.

Prosedyrene kan kombineres under samme operasjon med tilsynelatende likt resultat som i to adskilte seanser, men inkontinensprosedyren vil hos ca. 1/3 være unødvendig etter et descensingrep i fremre vaginalvegg.

Operasjonsmetoder (14, 19-22)

De ulike prosedyrene benyttes avhengig av indikasjon, alder, intakt uterus, ønske om å beholde mulighet for coitus, primær/recidiv operasjon etc. De ulike kirurgiske teknikkene er beskrevet i det Kliniske prosedyrekodeverk (NCMP og NCSP) som oppdateres årlig.

LEF 00 Fremre kolporafi

Reparasjon av fremreveggs prolaps (cystocele) består av å rafe fascien mellom blære og vagina og forankre denne så høy opp som mulig på cervix forflate. Bør kombineres med kardinalligamentplastikk hvor kardinalligamentene forkortes samt forankres så høyt opp som mulig på cervix' forflate. Forankring av vaginaltoppen vil strekke fremre vegg innover i bekkenet.

LEF 03 Bakre kolporafi

Reparasjon av bakreveggs prolaps (rectocele). Kombineres oftest med kolpoperineoplastikk eller levatorsuturer

LEF 10 Kolpoperineoplastikk (=Perineorafii)

Reparasjon av vid introitus. Viktig å bygge opp et fyldig perineallegeme, ikke kun bygge opp huden i perineum

LEF 13 Vaginal hysterektomi for prolaps

Kombineres ofte med fremre og/eller bakre plastikk samt spinafiksasjon, bør kodes i tillegg.

LEF 16 Fullstendig prolapsplastikk.

Eponym Manchesteroperasjon (3-trinns vaginalplastikk)

LEF 20 Partiell kolpocleise

Kan anvendes hos eldre kvinner som ikke ønsker coitus i fremtiden. Fjerne bakre halvdel av vaginalrøret og bygge opp med levatorsuturer i flere lag, liten risiko for residiv.

LEF 23 Total Kolpocleise (uterus fjernet) /LeForts operasjon (uterus intakt)

Kan anvendes hos eldre kvinner som ikke ønsker coitus i fremtiden. Total lukning av vagina, ned til blærehalsen. Hvis uterus er intakt bør drenasjekanaler lages for blod/sekret (Le Forts operasjon)

LEF 34 Cervixamputasjon ved prolaps
Isolert cervixamputasjon ved prolaps (elongatio colli)

LEF 40 Vaginal operasjon for enterocele
Benyttes oftest sammen med andre vaginalplastikker. Hvis man er i tvil om det foreligger enterocele, bør man åpne fossa Douglasi og undersøke. Oversett enterocele er hyppig årsak til residiv.

LEF 41 Laparoskopisk operasjon for enterocele
Brukes når dette skal kombineres med andre laparoskopiske/robotassisterte metoder

LEF 50 Kolpopeksi
Fiksasjon av vaginaltoppen per laparotomi (for eksempel åpen sacrokolpopeksi)

LEF 51 Laparoskopisk kolpopeksi
Brukes når uterus, cervix eller vaginaltoppen festes (vanligvis med syntetisk mesh) enten til sakrum eller til det pectinale ligament via laparoskopi eller robotassistert kirurgi.

LEF 53 Vaginal kolpopeksi.
Eponym: Sakrospinosusfiksasjon. Ileococcygeusfiksasjon

Andre koder

LEF96 Annen operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen

LEF 97 Annen laparoskopisk operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen

Tilleggskoder

ZXL 00 Implantasjon av absorberbart kunstig nett (biologisk nett)

ZXL10 Implantasjon av ikke-absorberbart kunstig nett (syntetisk nett)

ZXC 96 Robotassistert inngrep (brukes i tillegg til LEF 51 eller LEF 41)

Bruk av forsterkende graft ved recidivoperasjoner (23-25)

Biologiske vaginale graft har ikke vist effekt i kliniske studier.

Komplikasjoner (spesielt kroniske smerter og erosjoner) knyttet til bruk av syntetiske vaginale graft gjør at de ikke anbefales ved primæroperasjoner, men kan benyttes svært unntaksvis ved residivoperasjoner etter grundig drøfting med pasienten vedrørende den økte risiko for alvorlige komplikasjoner. FDA klassifiserte i 2016 vaginale syntetiske graft som høyrisiko mtp. komplikasjonsrisiko (klasse 3). I 2019 beordret FDA alle produsenter om å stoppe produksjon av syntetiske nett til transvaginal reparasjon av descens i fremre skjedevegg.

Oppfølging (23)

Sykmelding/ råd etter operasjonen

Vanligvis ca. to uker ved lett arbeid, forlenges avhengig av arbeidsbelastning. Det finnes lite evidens for anbefalinger mht. forholdsregler etter operasjonen. Det foreslås å opprettholde normal aktivitet (gåturer etc), men å unngå tunge løft og vaginalt samleie i 6 uker (26). Oppstart av lokale østrogen ved indikasjon 4 uker postoperativt.

Intern kvalitetskontroll

Det anbefales registrering av egne resultater mht. subjektivt og (evt. anatomisk) resultat, postoperativ inkontinens, blæretømningsvansker, dyspareuni, recidiv/reoperasjoner og komplikasjoner. Det finnes ikke et nasjonalt descensregister, men noen avdelinger har interne kvalitetsregistre for descensoperasjoner.

Komplikasjoner (27)

Relativt vanlige (> ca.1 %)

Hematom (kan bli infiserte)

Blødning fra sårkanter

Infeksjon (flegmonøs, cellulitt)

Cystitt

Blæretømningsproblemer

Nytilkommet eller forverret inkontinens (Stress- og/eller urgency)

Ved syntetiske vaginale graft

kroniske smerter

erosjon av vaginalvegg

erosjoner til indre organer

dyspareuni

Sjeldne (< ca.1 %):

Skade («kinking») av ureteres

Fistler

Nerveskader (OBS leiringskader/ langvarige operasjoner)

Konsekvenser for senere helse (4,22,23,27-29)

Residiv 0-20 %, men rapporteres også høyere, avhengig av operasjonsmetode og definisjon på residiv

Postoperativ de novo stress urininkontinens, ca. 10- 20 % hvis ingen tiltak gjøres.

Risiko for postoperativ de novo urgencyincontinens og overaktiv blære er ca. 3-6 %

Forekomst av blæretømningsvansker er ca. 15% og de novo dyspareuni er ca. 6-17%, men høyere ved bruk av syntetisk nett

Referanser

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MI. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourol Urodyn* 2016.

2. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24:1783-1790.

3. Byhring HS, Balteskard L, Shu J, Førde OH, Mathisen S, Leivseth L, Steindal AH, Uleberg Br. 2.2: Definisjon av utvalg i data fra NPR. In: Vonen B, ed. Helseatlas for gynekologi

Bruk av utvalgte helsetjenester innen gynekologi i perioden 2015 –2017, 2019.

4. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *The Lancet* 2007;369:1027-1038.
5. Machin SE, Mukhopadhyay S. Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause Int* 2011;17:132-136.
6. Svenningsen R, Borstad E, Spydslaug AE, Sandvik L, Staff AC. Occult incontinence as predictor for postoperative stress urinary incontinence following pelvic organ prolapse surgery. *International Urogynecology Journal* 2012;23:843-849.
7. Dietz HP. Pelvic floor ultrasound in prolapse: what's in it for the surgeon? *International Urogynecology Journal* 2011;22:1221-1232.
8. Rahn DD, Ward Rm Fau - Sanses TV, Sanses Tv Fau - Carberry C, Carberry C Fau - Mamik MM, Mamik Mm Fau - Meriwether KV, Meriwether Kv Fau - Olivera CK, Olivera Ck Fau - Abed H, Abed H Fau - Balk EM, Balk Em Fau - Murphy M, Murphy M. Vaginal estrogen use in postmenopausal women with pelvic floor disorders: systematic review and practice guidelines 2015.
9. Burgio KL. Pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse. *Lancet* 2014;383:760-762.
10. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:170 e171-177.
11. Culligan PJ. Nonsurgical management of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2012;119:852-860.
12. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017;24:728-753.
13. Handa VL, Nygaard I, Kenton K, Cundiff GW, Ghetti C, Ye W, Richter HE, Pelvic Floor Disorders N. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1407-1411.
14. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2020;31:429-463. doi: 410.1007/s00192-00020-04236-00191.
15. Donon L, Warembourg S, Lapray JF, Cortesse A, Hermieu JF, Fatton B, Cayrac M, Deffieux X, Geraud M, Le Normand L. [Assessment before surgical treatment for pelvic organ prolapse: Clinical practice guidelines]. *Prog Urol* 2016;26:S8-S26.

- 16.** Schierlitz L, Dwyer PI Fau - Rosamilia A, Rosamilia A Fau - De Souza A, De Souza A Fau - Murray C, Murray C Fau - Thomas E, Thomas E Fau - Hiscock R, Hiscock R Fau - Ahtari C, Ahtari C. Pelvic organ prolapse surgery with and without tension-free vaginal tape in women with occult or asymptomatic urodynamic stress incontinence: a randomised controlled trial 2014.
- 17.** Baessler K, Christmann-Schmid C Fau - Maher C, Maher C Fau - Haya N, Haya N Fau - Crawford TJ, Crawford Tj Fau - Brown J, Brown J. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;8.
- 18.** Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *International Urogynecology Journal* 2010;21:179-186.
- 19.** Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD004014.
- 20.** Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:CD012376.
- 21.** Coolen AWM, Bui BN, Dietz V, Wang R, van Montfoort APA, Mol BWJ, Roovers JWR, Bongers MY. The treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2017.
- 22.** Oversand SH, Staff AC, Borstad E, Svenningsen R. The Manchester procedure: anatomical, subjective and sexual outcomes. *Int Urogynecol J* 2018.
- 23.** Maher CF, Baessler KK, Barber MD, Cheong C, Consten ECJ, Cooper KG, Deffieux X, Dietz V, Gutman RE, van Iersel JJ, Nager CW, Sung VW, de Tairac R. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-235.
- 24.** FDA. Obstetrical and Gynecological Devices; Reclassification of Surgical Mesh for Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair, 2016.
- 25.** FDA. FDA takes action to protect women's health, orders manufacturers of surgical mesh intended for transvaginal repair of pelvic organ prolapse to stop selling all devices, 2019.
- 26.** Ottesen M, Sørensen M Fau - Rasmussen Y, Rasmussen Y Fau - Smidt-Jensen S, Smidt-Jensen S Fau - Kehlet H, Kehlet H Fau - Ottesen B, Ottesen B. Fast track vaginal surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:138-146.
- 27.** ACOG/AUGS. Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2019;25:397-408.

- 28.** Ramanah R, Ballester M Fau - Chereau E, Chereau E Fau - Rouzier R, Rouzier R Fau - Daraï E, Daraï E. Effects of pelvic organ prolapse repair on urinary symptoms: a comparative study between the laparoscopic and vaginal approach. *Neurourol Urodyn* 2012;31:126-131.
- 29.** Khayyami YA-O, Elmelund M, Lose G, Klarskov N. De novo urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery-a national database study. *Int Urogynecol J* 2020;31:305-308.