

Descensus urogenitalis

Sissel Oversand

Ellen Borstad

Mariann Eidet

Birthe Haugland

Kari Western

Anbefalinger

Vaginal tilgang foreslås brukt ved primæroperasjoner hvor uterus er intakt.

Bruk av vaginalt syntetisk nett anbefales ikke brukt ved primæroperasjoner hvor uterus er intakt.

Ved uttalt midtkompartmentprolaps anbefales sacrokolpopeksi eller spinafiksasjon, oftest nødvendig å kombinere med ulike former for vaginalplastikk.

Hysterektomi i forbindelse med prolaps anbefales kombinert med en metode som sørger for feste av vaginaltoppen.

ICD-10-koder

N81 Fremfall av kvinnelige kjønnsorganer (vanlige medisinske termer eller forklaringer i parentes)

- N81.0 Urethrocele (descens av urethra)

- N81.1 Cystocele

- N81.2 Ufullstendig uterovaginalt fremfall (inkomplett descens/prolaps av uterus (evt. vaginaltopp))

- N81.3 Fullstendig uterovaginalt fremfall (totalprolaps av uterus eller vaginaltopp)

- N81.4 Uspesifisert uterovaginalt fremfall (descens/prolaps av uterus (evt. vaginaltopp), uspesifisert)

- N81.5 Vaginalt enterocele

- N81.6 Rectocele

- N81.8 Annet spesifisert fremfall av kvinnelige kjønnsorganer (genitalt descens/prolaps) (f.eks. elongatio cervicis (hypertrofi))

- N81.9 Uspesifisert fremfall av kvinnelige kjønnsorganer (genitalt descens/prolaps, uspesifisert)

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

Søkestrategi

- *Pyramidesøk (Up to Date)
- *PubMed
- *Web of Science
- *Cochrane Database
- *DSOG (Danske Selskab for Gynækologi og Obstetrik) retningslinjer

Definisjon

Descens

Et samlebegrep for ulike fremfall av urogenitalorganene forårsaket av ulike defekter i opphengningsapparatet.

Prolaps:

Brukes på norsk når genitalorganene befinner seg utenfor hymenalringen (annerledes på engelsk)

Typer descens:

Fremreveggs prolaps

- *Cystocele
- *Descens av urethra

Bakreveggs prolaps

- *Rectocele
- *Enterocele

Midtkompartment prolaps

- *Descens/prolaps av uterus
- *Elongatio cervicis uteri
- *Descens/prolaps av vaginaltoppen

Forekomst:

3-6 % symptomatisk descens

1.5-1.8 per 1000 per år trenger kirurgisk behandling, peak 60 - 69 år¹

10-25 % av innleggelsene i gynekologiske avdelinger

Etiologi^{2,3}

- Klare etiologiske faktorer mangler
- Multifaktoriell
- Genetiske faktorer som affiserer bindevev kan predisponere

Risikofaktorer^{2,3}

- Paritet
- Alder
- Østrogenmangel
- Overvekt
- Tungt fysisk arbeid
- Obstipasjon
- Kronisk hoste
- Bekkenkirurgi

Diagnostikk

Ofte ikke samsvar mellom grad av symptomer og funn

Anamnese

Spesifikt på mekaniske plager som tyngdefornemmelse og frembukning, vannlatingsplager, avføringsplager og seksuell aktivitet
Østrogenbruk bør dokumenteres

Gynekologisk undersøkelse

I hvile og ved maksimalt bukpress

Graden av uterusdescens 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

Gradering: Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) Scale⁴

- Grad I: Dypeste punkt av descenset mer enn 1 cm proksimalt for hymenalringen ved Valsalva.
- Grad II: Dypeste punkt av descenset fra 1 cm proksimalt til 1 cm distalt for hymenalringen
- Grad III: Dypeste punkt av descenset mer enn 1 cm distalt for hymenalringen, men ikke mer enn total vaginal lengde (tv) -2 cm.
- Grad IV: Totalprolaps (procidentia). Hele uterus utenfor vulvas plan, "vagina vrent"

Andre preoperative undersøkelser

- Resturin
 - Undersøkelse på tømningvansker
- Provokasjonstest
 - Undersøkelse på stressinkontinens
- Reposisjonstest
 - Undersøkelse på latent stressinkontinens
 - Reponere descenset (manuelt, ringpessar, spekulum) uten å komprimere uretra - be pasienten hoste
 - Er vist å ha lav diagnostisk verdi for å identifisere risikopasienter for postoperativ de novo stressinkontinens⁵
- Uretratrikprofil
 - Bør utføres i de spesielle situasjoner hvor en inkontinensoperasjon skal kombineres med descensoperasjon
 - Påvisning av svært lavt lukketrykk (<20 cm H₂O) kan være avgjørende for valg av inkontinensoperasjon og forventet resultat
 - Man anbefaler at descensoperasjonen gjøres først og deretter i en ny seanse evt. en inkontinensprosedyre hvis behov for det. Resultatet synes å være likt enten prosedyrene gjøres kombinert eller i to seanser, men inkontinensprosedyren kan være unødig (stressinkontinens kan forsvinne etter descenskirurgi). Inkontinensutredningen gjøres normalt sett etter descensoperasjonen⁵

Differensialdiagnoser

- Store vaginalcyster
- Urethradivertikler
- Tumores i vagina

Behandling

Generelt

- *Kun de med plager bør vurderes for behandling
- *Postmenopausale bør ha lokalt østrogen for alltid og i minst 2 uker preoperativt
- *Østrogen kan forsøkes for å utsette kirurgi ved Grad I-II descens (økt tykkelse av vaginavegg er dokumentert, ingen sikker klinisk effekt⁶)
- *Bekkenbunnstrening kan også forsøkes ved Grad I-II descens⁷
- *Postpartum descens/ Descens under graviditet
 - *Bør behandles konservativt, går oftest spontant tilbake, om nødvendig brukes pessar
 - *Lokalt østrogen kan være nyttig ved postpartum amenoré
 - *Operasjon sjelden nødvendig, det bør gå minst ett år postpartum før vurdering, risiko dyspareuni og stressinkontinens⁸

Pessar

- *Ringpessar vanligst brukt
- *Spesialpessarer kan prøves ved vanskelige prolaps når operasjon er kontraindisert eller i påvente av operasjon.
- *Kontrolleres individuelt
- *Ved blødning eller fluor bør pasienten undersøkes
- *Ved decubitus (virkelig erosjon av slimhinnen)
 - *Sårene kan pensles med Policresulen vaginalløsning (Albotyl[®], Negato[®]). Pasienten bør være uten ring et par uker under intensivt østrogenbehandling. Økt risiko for synekier i denne situasjonen
 - *Ved store problemer kan intensivt østrogenbehandling gjennomføres uten at ringen fjernes
 - *Tilbakevendende decubitus, kirurgi bør vurderes⁹

Kirurgi

- ***Generelt**
 - *Individualisere inngrepet for å gjenopprette normal anatomi
 - *Kan være kryssende interesser, metoder med minst risiko for residiv versus metoder som best ivaretar normal funksjon i de nedre urinveier og normal seksualfunksjon
 - *Ofte kombinasjonsdefekter, gjør at ulike metoder må benyttes. Det viktigste er å få vaginaltoppen opp og inn i bekkenet og fikse den. Det vil oftest strekke både fremre og bakre vegg til riktig posisjon

Operasjonsmetoder¹⁰⁻¹⁴

Genitaldefektene repareres etter prinsipper presisert og utdypet under de ulike prosedyrer som følger det Kliniske prosedyrekodeverk (NCMP og NCSP) som oppdateres årlig.

LEF 00 Fremre kolporafi

Reparasjon av fremreveggs prolaps (cystocele). Bør kombineres med cardinalligamentplastikk hvor cardinalligamentene forkortes samt forankres til den rafede fascien og så høyt opp som mulig på cervix' forflate. Oftest naturlig å amputere cervix. 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 (=Perineorafifi)

Reparasjon av vid introitus eller som støtte for andre vaginalplastikker, spesielt i fremre vegg. Viktig å lage et perineallegeme, ikke kun bygge opp huden i perineum

LEF 13 Vaginal hysterektomi for prolaps

Kombineres ofte med både fremre og bakre plastikk, bør kodes i tillegg.

LEF 16 Fullstendig prolapsplastikk.

Epynom 3-trinns Manchesteroperasjon, dvs. man kan anvende kun én kode hvis man reparerer alle 3 kompartment

LEF 20 Partiell kolpocleise

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

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

Total lukning av vagina, ned til blærehalsen

- *Hvis uterus intakt må drenasjekanaler lages for blod/sekret (Le Forts operasjon)
- *Samme indikasjon som over

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, bør man åpne fossa Douglasi og undersøke om det forligger enterocele. Oversett enterocele, hyppig årsak til residiv

LEF 41 Laparoskopisk operasjon for enterocele

Brukes når dette skal kombineres med andre laparoskopiske metoder

LEF 50 Kolpopeksi

Fiksasjon av vaginaltoppen per laparotomi (for eksempel åpen sacrokolpopeksi)

LEF 51 Laparoskopisk kolpopeksi

Brukes ved laparoskopisk sacrokolpopeksi eller laparoskopisk sacrohysteropeksi (intakt uterus)

LEF 53 Vaginal kolpopeksi.

Epynom: Sakrospinosusfiksasjon. Ileococcygeusfiksasjon

Andre koder:

LEF96 Annen operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen

LEF 97 Annen laparoskopisk operasjon for prolaps av uterus eller vaginaltoppen

Tilleggs-koder (skal brukes ved implantasjon av nett):

ZXL 00 Implantasjon av absorberbart kunstig nett (biologisk nett)

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

Forsterkende graft (syntetiske eller biologiske) kan vurderes ved residivoperasjoner.

Komplikasjoner knyttet til bruk av syntetisk graft gjør at det ved primæroperasjoner ikke anbefales.

FDA advarte i 2008 og 2011 mot bruk av vaginale nett pga potensielt alvorlige komplikasjoner¹⁵

Kombinasjon av descens- og inkontinenskirurgi anbefales i utgangspunktet ikke (jfr tekst under urethratrykkprofil.

Oppfølging

Sykmelding

Vanlig ca. to uker ved lett arbeid, forlenges avhengig av arbeidsbelastning

Det finnes lite evidens for anbefalinger mht forholdsregler etter operasjonen

Det anbefales å registrere egne resultater (intern kvalitetskontroll) mht.:

- *Subjektivt og anatomisk resultat
- *Postoperativ inkontinens
- *Blæretømmingsvansker
- *Dyspareuni
- *Recidiv/reoperasjoner
- *Komplikasjoner

Komplikasjoner¹⁶

Relativt vanlige (> ca.1 %):

- *Hematom (kan bli infiserte)
- *Blødning fra sårkanter
- *Infeksjon (flegmonøs, cellulitt)
- *Cystitt
- *Blæretømmingsproblemer
- *Inkontinens
- *Ved graft, erosjon av vaginalvegg og erosjoner til indre organer

Sjeldne (< ca.1 %):

- *Skade av ureteres
- *Fistler
- *Nerveskader

Prognose

- *Residiv 0-20 %, men også høyere, avhengig av operasjonsmetode og hvordan man definerer recidiv^{2,17}
- *Reoperasjonsfrekvensen etter første gangs tretrinnsoperasjon < 5 %¹⁸
- *Postoperativ de novo urininkontinens, ca 10- 20 % hvis ingen tiltak gjøres^{18,19}
- *Forekomst av tømmingsvansker er ca 15% og de novo dyspareuni er ca.9-17%, men høyere ved bruk av nett¹⁸⁻²⁰
- *Nett er vist å redusere anatomisk residiv, men ikke symptomatisk residiv. Større komplikasjonsrisiko (erosjoner og smerter)¹⁷

Preoperativ pasientinformasjon

- *Informasjon om forventet resultat og mulig risiko
- *Vannlatingsproblemer, spesielt postoperativ urinlekkasje
- *Blæretømningsbesvær
- *Dyspareuni, spesielt ved bakre plastikk

Referanser

1. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1783-90.
2. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007;369(9566):1027-38.
3. Lonnee-Hoffmann RA, Salvesen O, Morkved S, Schei B. Self-reported pelvic organ prolapse surgery, prevalence, and nonobstetric risk factors: findings from the Nord Trøndelag Health Study. *Int Urogynecol J.* 2014.
4. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics.* 2010;29(1):4-20.
5. Svenningsen R, Borstad E, Spydslaug AE, Sandvik L, Staff AC. Occult incontinence as predictor for postoperative stress urinary incontinence following pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol J.* 2012;23(7):843-9
6. Borstad E, Kulseng-Hanssen S, Moghimi K, Sandved M, Majida M, Western K, et al. An incontinence procedure performed at the time of prolapse repair might be unnecessary surgery. *Neurourology and urodynamics.* 2006;25(6):551-2.
7. Rahn DD, Good MM, Roshanravan SM, Shi HL, Schaffer JI, Singh RJ, et al. Effects of Preoperative Local Estrogen in Postmenopausal Women With Prolapse: A Randomized Trial. *J Clin Endocr Metab.* 2014;99(10):3728-36.
8. Brækken 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. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2010;203(2).
9. Handa VL, Nygaard I, Kenton K, Cundiff GW, Ghetti C, Ye W, et al. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. *Int Urogynecol J.* 2009;20(12):1407-11.
10. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction.* 2006;17(2):155-9.
11. Tarr ME, Paraiso MF. Minimally invasive approach to pelvic organ prolapse: a review. *Minerva ginecologica.* 2014;66(1):49-67.
12. Klauschie JL, Comella JL. Surgical treatment of vaginal vault prolapse: a historic summary and review of outcomes. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery.* 2012;18(1):10-7.
13. Langmade CF, Oliver JA, Jr. Partial colpocleisis. *American journal of obstetrics and gynecology.* 1986;154(6):1200-5.
14. Osborn DJ, Reynolds WS, Dmochowski R. Vaginal approaches to pelvic organ prolapse repair. *Current opinion in urology.* 2013;23(4):299-305.
15. Misrai V, Gosseine PN, Costa P, Haab F, Delmas V. [Colpocleisis: indications, technique and results]. *Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie.* 2009;19(13):1031-6.
16. Update on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse: [FDA Safety Communication2011](#).
17. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Kjerulff KH. Perioperative complications of surgery for genital prolapse: Does concomitant anti-incontinence surgery increase complications? *Urology.* 2005;65(3):483-7.
18. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2013;4:CD004014.
19. Oversand SH, Staff AC, Spydslaug AE, Svenningsen R, Borstad E. Long-term follow-up after native tissue repair for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2014;25(1):81-9.
20. Ramanah R, Ballester M, Chereau E, Rouzier R, Darai E. Effects of pelvic organ prolapse repair on urinary symptoms: a comparative study between the laparoscopic and vaginal approach. *Neurourology and urodynamics.* 2012;31(1):126-31.
21. Withagen MI, Vierhout ME, Hendriks JC, Kluivers KB, Milani AL. Risk Factors for Exposure, Pain, and Dyspareunia After Tension-Free Vaginal Mesh Procedure. *Obstetrics and gynecology.* 2011;118(3):629-36.