

Πρόπτωση κολπικού κολοβώματος μετά από ολική υστερεκτομή-θεραπευτική προσέγγιση

Γ. Κοντόπουλος, Σ. Κουβελάς

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόπτωση του κολπικού κολοβώματος είναι μια από τις γνωστές επιπλοκές που μπορούν να συνοδεύσουν μια επέμβαση ολικής υστερεκτομής με κοιλιακή ή κολπική προσπέλαση. Παρότι παρατηρείται σπάνια, τα ποσοστά της είναι αυξημένα σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις πρόπτωσης γεννητικών οργάνων με διακολπική προσπέλαση, συγκριτικά με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κοιλιακή ολική υστερεκτομή για καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις των έσω γεννητικών οργάνων. Η θεραπευτική προσέγγιση της πρόπτωσης του κολπικού κολοβώματος μετά από ολική υστερεκτομή με, ή άνευ των εξαρτημάτων, αποτελεί μια πρόκληση και ενώ αρκετές γυναίκες σε αρχόμενα στάδια φαίνεται να βελτιώνονται με συντηρητικά μέτρα αντιμετώπισης, η πλειονότητα αυτών θα καταφύγουν στην χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στην παρούσα ανασκόπηση, με βάση τη συστηματική παράθεση των σύγχρονων βιβλιογραφικών δεδομένων επιχειρείται μια σύντομη αναφορά σχετικά με την επίπτωση, τους παράγοντες κινδύνου και την κλινική διαχείριση αυτών των γυναικών που επιπλέκονται με πρόπτωση κολπικού κολοβώματος μετά από ολική υστερεκτομή.

Θα παρατεθούν παρακάτω όλες οι δυνατότητες συντηρητικής αντιμετώπισης, ωστόσο η χειρουργική αποκατάσταση είναι αναπόφευκτη. Τέλος θα αναφερθούν οι χειρουργικές τεχνικές με κοιλιακή και κολπική προσπέλαση, και θα αντιπαρατεθεί η λαπαροσκόπηση έναντι της ανοιχτής μεθόδου.



Λέξεις ευρετηρίου: ολική υστερεκτομή, πρόπτωση, κολπικό κολοβώμα



Γ. Κοντόπουλος, Σ. Κουβελάς. Πρόπτωση κολπικού κολοβώματος μετά από ολική υστερεκτομή-θεραπευτική προσέγγιση. *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(3): 255-264

eoι: <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.1>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόπτωση των γυναικείων γεννητικών οργάνων είναι μια συνήθης κατάσταση που μπορεί να επιδράσει

δυσάρεστα στην υγεία και στην ποιότητα ζωής αρκετών γυναικών. Ωστόσο πολλά

περιστατικά προπτώσεων διαδράμουν ασυμπτωματικά και εντοπίζονται τυχαία

κατά την κλινική εξέταση στο 40-60% γυναικών που έχουν γεννήσει. Παρά το γεγονός ότι πολλές γυναίκες δεν εμφανίζουν συμπτώματα, τα ποσοστά των περιστατικών που αντιμετωπίζονται χειρουργικά έχει αυξηθεί σε 10-30 ανά 10.000 γυναίκες λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού [1,2]. Οι προπτώσεις του κόλπου μπορεί να αφορούν το πρόσθιο κοιλικό τοίχωμα που συμπαρασύρει την ουροδόχο κύστη(κυστεοκήλη), το οπίσθιο κοιλικό τοίχωμα που συμπαρασύρει το ορθό (ορθοκήλη), το δουλάσσειο χώρο που συμπαρασύρει τμήμα του λεπτού εντέρου(εντεροκήλη) και το κοιλικό κολόβωμα μετά από υστερεκτομή.

Η τελευταία περίπτωση οφείλεται σε ανεπαρκή στήριξη του κοιλικού κολοβώματος κατά την υστερεκτομή και συνήθως έχουμε πρόπτωση του πρόσθιου και του οπίσθιου κοιλικού τοιχώματος ταυτόχρονα.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η πρόπτωση του κοιλικού κολοβώματος είναι η απώλεια στήριξης της κορυφής του κόλπου και η κάθοδος αυτού,

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση πρόπτωσης.

που προκύπτει μετά από ολική υστερεκτομή. Η πρόπτωση του κοιλικού κολοβώματος μπορεί να υπολογιστεί και να σταδιοποιηθεί με βάση το σύστημα POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) που έχει *ΤΟΜΟΣ 23^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 3 - 2018*

εφαρμογή στην κλινική πράξη. Τα στάδια βασίζονται στη μέγιστη απόσταση πρόπτωσης

Στάδιο 0	Όχι πρόπτωση. Τα πρόσθια και οπίσθια σημεία είναι στα -3 εκ. Ο τράχηλος (C) και ο οπίσθιος κοιλικός θόλος (D) βρίσκονται μεταξύ του ολικού μήκους του κόλπου (TVL) και (TVL-2) εκ.
Στάδιο I	Τα κριτήρια του σταδίου 0 δεν πληρούνται. Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι > 1 εκ. πάνω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου.
Στάδιο II	Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι μεταξύ 1 εκ. πάνω και 1 εκ. κάτω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου (τουλάχιστον ένα σημείο είναι -1, 0 ή +1).
Στάδιο III	Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι > 1 εκ. κάτω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου, αλλά όχι περισσότερο από (TVL-2) εκ.
Στάδιο IV	Πλήρης πρόπτωση ή εκτροπή. Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι τουλάχιστον (TVL-2) εκ.

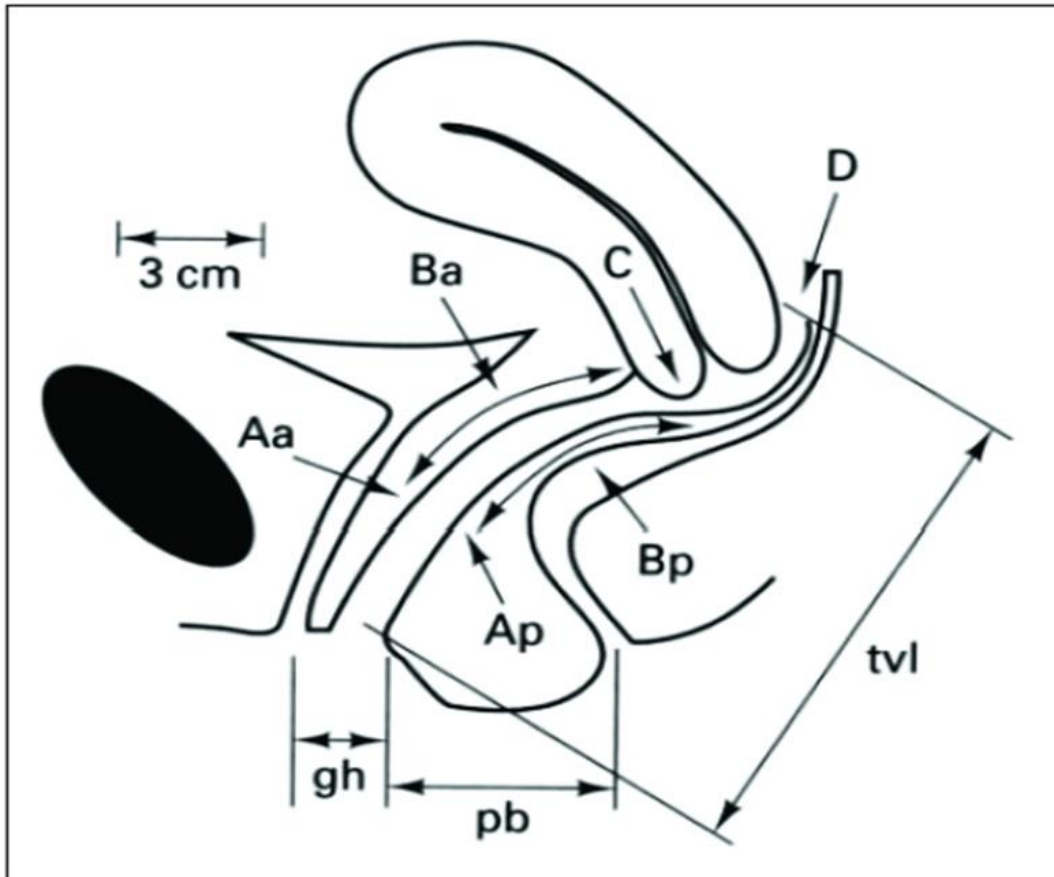
σε σχέση με την είσοδο του κόλπου.[πίνακας I, εικόνα I] [3,4]

ΑΙΤΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η επίπτωση της πρόπτωσης κοιλικού κολοβώματος υπολογίζεται με βάση τα τελευταία δεδομένα σε 11,6% για γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή για πρόπτωση γεννητικών οργάνων, ενώ το ποσοστό είναι 1,8% για γυναίκες που

υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή για άλλες παθολογικές καταστάσεις. Η πρόπτωση κολπικού κολοβώματος αποτελεί μια παθολογική κατάσταση που προκαλείται από

διάφορους παράγοντες. Αρχικά η υστερεκτομή αποτελεί το βασικότερο αίτιο.



Εικόνα 1. POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System): Aa: πρόσθιοσημείο A, Ap: οπίσθιο σημείο A, Ba: πρόσθιο σημείο B, Bp: οπίσθιο σημείο B, C: τράχηλος, D: οπίσθιος κολπικός θόλος, TVL: ολικό μήκος κόλπου, gh: γεννητικό χάσμα, pb: σώμα περινέου

Συμπέρασμα αρκετών μελετών αποτελεί το γεγονός ότι τα ποσοστά πρόπτωσης κολπικού κολοβώματος είναι αυξημένα σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή λόγω πρόπτωσης γεννητικών οργάνων. Αυξημένα ποσοστά

επίσης παρατηρούνται σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κολπική ολική υστερεκτομή έναντι αυτών που η χειρουργική προσπέλαση ήταν διακοιλιακή. Τα ποσοστά επίσης είναι αυξημένα σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε άλλα χειρουργεία αποκατάστασης

πυελικού εδάφους όπως κολποανάρτηση, ορθοπηξία κ.α. [5-7]

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Γυναίκες πάσχουσες από πρόπτωση κολπικού κολοβώματος εμφανίζονται συνήθως με συμπτωματολογία από τον κόλπο, το κατώτερο ουροποιητικό και το έντερο. Συνεπώς συχνά μιλάμε για συμπτώματα όπως πυελικό βάρος, αίσθημα ξένου σώματος στον κόλπο, χαλάρωση του κόλπου, δυσπαρεύνια και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σχετικά με τα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό πολλές γυναίκες εμφανίζονται με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις, δυσκολία εκκένωσης της ουροδόχου κύστης, ακράτεια από προσπάθεια, νυκτουρία και επιτακτικότητα στην ούρηση. Τέλος σχετικά με τις διαταραχές από το γαστρεντερικό που μπορούν να προκληθούν, πολλές γυναίκες εμφανίζονται με δυσκοιλιότητα, ατελείς κενώσεις και έπειξη προς αφόδευση. [8-11]

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση πρέπει να διενεργείται με κενή την ουροδόχο κύστη και να περιλαμβάνει τόσο ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας, όσο και πυελική γυναικολογική εξέταση με ή χωρίς την χρήση κολποσκοπίου. Η ασθενής πρέπει να εξετάζεται σε όρθια, καθώς επίσης και σε ύπτια θέση. Απεικονιστικά πρέπει να διενεργείται ένα υπερηχογράφημα κάτω

ΤΟΜΟΣ 23^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 3 - 2018

κοιλίας με σκοπό να αποκλειστεί η ύπαρξη ενδοκοιλιακής μάζας που προκαλώντας πιεστικά φαινόμενα δημιουργεί την πρόπτωση.

Γυναίκες που εμφανίζονται με συμπτωματολογία από το κατώτερο ουροποιητικό καλό θα ήταν να διενεργείται ουροδυναμικός έλεγχος. Τέλος ασθενείς που προσέρχονται με ακράτεια κοπράνων, δυσκοιλιότητα ή άλλη συμπτωματολογία από το γαστρεντερικό καλό θα ήταν να διενεργείται έλεγχος της κινητικότητας του εντέρου καθώς και υπερηχογραφικός έλεγχος διά του πρωκτού.[12,13]

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΠΡΟΛΗΨΗ

Γυναίκες οι οποίες προσέρχονται στα πρώτα στάδια πρόπτωσης, θα πρέπει αρχικά να συμμορφωθούν με συντηρητικές μεθόδους αντιμετώπισης και αλλαγής του τρόπου ζωής. Η απώλεια βάρους, η αποφυγή άρσης βάρους, η ενδυνάμωση των μυών της πυέλου με ασκήσεις του πυελικού εδάφους, καθώς επίσης η επίλυση της δυσκοιλιότητας και του χρόνιου βήχα, είναι τα πρώτα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν. Ασθενείς οι οποίες δεν βλέπουν βελτίωση με τις παραπάνω οδηγίες θα μπορούσαν να προχωρήσουν στην εφαρμογή κολπικού δακτυλίου, χωρίς ιδιαίτερα ενθαρρυντικά ωστόσο αποτελέσματα.[14,15]

Ουσιαστική πρωτογενής πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί διεγχειρητικά κατά την υστερεκτομή, καθώς πολλές χειρουργικές τεχνικές έχουν αναπτυχθεί για την επαρκή στήριξη του κολπικού κολοβώματος και την

αποφυγή της πρόπτωσης. Με την τεχνική ανάρτησης του κολπικού κολοβώματος κατά McCall, γίνεται συμπλησίαση των ιερομητρικών συνδέσμων με σκοπό την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εξάλειψη του δουγλασσειού χώρου και μπορεί να εφαρμοστεί είτε σε κοιλιακή, είτε σε κολπική ολική υστερεκτομή. Τυχαίοποιημένες μελέτες έδειξαν ότι η τεχνική κατά McCall υπερτερεί σαφώς στην στήριξη του κολπικού κολοβώματος και στην πρόληψη της πρόπτωσης, έναντι της τεχνικής κατά Moschowitz όπου διενεργείται απλά σύγκλειση της πτυχής του δουγλασσειού χώρου. Επιπλέον υπάρχουν δημοσιεύσεις με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας και περιγράφουν στήριξη του κολπικού κολοβώματος από τους ιερομητρικούς και καρδινάλιους συνδέσμους. [16-18]

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πολλές από τις γυναίκες στις οποίες θα αποτύχει η συμπτωματική και συντηρητική αντιμετώπιση θα επωφεληθούν από την χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης. Αναλόγως με τις δυνατότητες του θεραπευτικού κέντρου, τις δεξιότητες και την εμπειρία του ιατρικού προσωπικού, η χειρουργική προσπέλαση μπορεί να γίνει είτε κολπικά, είτε κοιλιακά με την ανοιχτή μέθοδο καθώς και λαπαροσκοπικά.

1. ΚΟΛΠΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Κατά την αποκατάσταση της πρόπτωσης κολπικού κολοβώματος διακολπικά μπορεί να γίνει σταθεροποίηση του κολπικού κολοβώματος στον ελάσσονα ισchioϊερό σύνδεσμο, ή ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος με τους ιερομητρικούς συνδέσμους στο ύψος των ισχιακών ακάνθων. Στην πρώτη περίπτωση

χρησιμοποιούνται ράμματα απορροφήσιμα ή μη, ενώ η στήριξη συνήθως γίνεται στην δεξιά πλευρά ή αμφοτερόπλευρα. Ανάμεσα στις δυο παραπάνω τεχνικές δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά επιτυχίας καθώς επίσης και στα ποσοστά των υποτροπών. Σχετικά με τις διεγχειρητικές επιπλοκές, η ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος στους ιερομητρικούς συνδέσμους διακολπικά, παρουσιάζει υψηλά ποσοστά τραυματισμών των ουρητήρων που κυμαίνονται από 1-11%. [19,20]

2. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Η αποκατάσταση της πρόπτωσης μπορεί να γίνει διακοιλιακά με την ανοιχτή μέθοδο, είτε λαπαροσκοπικά. Στην πρώτη περίπτωση διενεργείται ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος με μόνιμο συνθετικό πλέγμα στον επιμήκη σύνδεσμο του ιερού. Η διακοιλιακή κολποπηξία στο ιερό, έχει την απαρχή της το 1962. Πιθανές επιπλοκές της μεθόδου είναι η διάτρηση της ουροδόχου κύστης με ποσοστό 3,1%, κάκωση των ουρητήρων 1%, διάτρηση εντέρου 1,6%, αιμορραγία από τα προϊερά αγγεία 2,6-4,4%, και μακροχρόνια επιπλοκή τη διάβρωση από το πλέγμα σε ποσοστό 3,4%. Η επιπλοκή της διάβρωσης εξαρτάται βέβαια από τον τύπο του συνθετικού πλέγματος που χρησιμοποιείται, εμφανίζοντας μικρότερα ποσοστά διάβρωσης το πλέγμα πολυπροπυλενίου και μεγαλύτερα το πλέγμα Mersilene. [21-23]

Η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία περιγράφηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1994. Αρκετές μελέτες έχουν δημοσιευθεί σχετικά με τα ποσοστά επιτυχίας και υποτροπών της λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας. Σε αναδρομικές μελέτες

σύγκρισης της λαπαροσκοπικής έναντι της ανοιχτής ιεροκολποπηξίας, δεν ανευρίσκονται σημαντικές διαφοροποιήσεις σχετικά με τα ποσοστά υποτροπών, της διάβρωσης του πλέγματος, του τραυματισμού της ουροδόχου κύστης και του εντέρου. Ωστόσο η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία υπερισχύει έναντι της ανοιχτής όσον αφορά την μικρότερη μετεγχειρητική νοσηλεία, την μικρότερη διεγχειρητική αιμορραγία, και τα μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικού ειλεού. Αντιθέτως σημαντικό μειονέκτημα της λαπαροσκοπικής ιεροκολποπηξίας είναι ο μεγαλύτερος διεγχειρητικός χρόνος που απαιτείται για την αποπεράτωση της επέμβασης.[24-27]

Αντιπαραθέτοντας την κοιλιακή προσπέλαση έναντι της κοιλιακής για την αποκατάσταση της πρόπτωσης του κοιλιακού κολοβώματος, βάσει δημοσιευμένων αναδρομικών μελετών φαίνεται να υπερισχύει κοιλιακή προσπέλαση όσον αφορά τις διεγχειρητικές επιπλοκές, τις αιμορραγίες, την μετεγχειρητική κινητοποίηση, την μετεγχειρητική νοσηλεία καθώς και το κόστος της επέμβασης. Επιπλέον η κοιλιακή προσπέλαση βοηθά στην αποκατάσταση συνοδών βλαβών όπως εντεροκήλη, κυστεοκήλη, ορθοκήλη. Ωστόσο η κοιλιακή ιεροκολποπηξία είναι αποτελεσματικότερη όσον αφορά τις υποτροπές της πρόπτωσης, μετά το αρχικό χειρουργείο και όσον αφορά την δυσπαρεύνια που εμφανίζεται μετά από μια κοιλιακή επέμβαση. [28-30]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόπτωση κοιλιακού κολοβώματος μετά από ολική υστερεκτομή αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή τόσο της κοιλιακής όσο και της κοιλιακής ολικής υστερεκτομής. Παραμένει μια διαχρονική πρόκληση. Φαίνεται να σχετίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό με διακολπικές ουρογυναικολογικές επεμβάσεις. Ωστόσο υπάρχουν χειρουργικές τεχνικές πρωτογενούς πρόληψης που μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν όπως είναι η κολποανάρτηση κατά McCall.

Ενώ αρκετές γυναίκες σε πρώιμα στάδια φαίνεται να επωφελούνται από τα συντηρητικά μέτρα αντιμετώπισης, η ουσιαστική λύση στο τέλος δίνεται μόνο με την χειρουργική αποκατάσταση. Ένας πλήρης έλεγχος της δυσλειτουργίας του πυελικού εδάφους πρέπει να γίνεται προεγχειρητικά περιλαμβάνοντας επίσης τον ουροδυναμικό έλεγχο. Η ασθενής πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για την στρατηγική του χειρουργείου, τις πιθανές επιπλοκές, καθώς και για την μετεγχειρητική πορεία. Επίσης πρέπει να είναι ενημερωμένη για τις μακροχρόνιες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν από την χρήση του πλέγματος.

Τέλος η αντιμετώπιση αυτών των γυναικών θα πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα με την παρουσία όλων των εμπλεκόμενων ιατρικών ειδικοτήτων όπως ουρογυναικολογών, ουρολόγων και γενικών χειρουργών εξειδικευμένων σε επεμβάσεις παχέος εντέρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brubaker L, Bump R, Jacquetin B, Schuessler B, Weider A, Zimmern P, et al. in: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein (Eds.) Pelvic Organ Prolapse: 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd edition. Plymouth: Health Publication Ltd., ; 2002: 243-265
2. Brubaker L, Glazener C, Jacquetin B, Maher C, Melgrem A, Norton P, Rajamaheshwari N, Von Theobald P. Surgery for pelvic organ prolapse. in: 4th International Consultation on Incontinence. 21. ; 2009: 1273-1321
3. Delancey, J.O. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynaecol. 1992; 166: 1717-1728
4. Haylen B.T., Maher C.F., Barber M.D., Camargo S., Dandolu V., Digesu A., Goldmand H., Huser M., Milani A., Moran P., Schaer G.N., and Withagen M. An International Urogynaecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic pelvic organ prolapse. Int. Urogynecol. J. 2016; 27: 165-194
5. Barrington J.W. and Edwards G. Post hysterectomy vault prolapse. Int. Urogynaecol. J. Pelvic Floor Dysfunction. 2000; 11: 241-245
6. Toozs-Hobson P., Boos K., and Cardozo L. Management of vaginal vault prolapse. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1998; 105: 13-17
7. Aigmueller T., Dungal A., Hinterholzer S., Geiss I., and Riss P. An estimation of the frequency of surgery for post hysterectomy vault prolapse. Int. Urogynaecol. J. 2010; 21: 299-302
8. Dallenbach P., Kaelin-Gambirasio I., Dubuisson J.B., and Boulvain M. Risk factors for pelvic organ prolapse repair after hysterectomy. ObstetGynaecol. 2007; 110: 625-632
9. Forsgren C., Zetterstrom J., Lopez A., Nordenstam J., Anzen B., and Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three year prospective cohort study. Dis. Colon Rectum. 2007; 50: 1139-1145
10. Forsgren C., Lundholm C., Johansson A.L., Cnattingius S., Zetterstrom J., and Altman D. Vaginal hysterectomy and risk of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. Int. Urogynaecol. J. 2012; 23: 43-48
11. Denman M., Gregory W., Boyles S., Smith V., Edwards S., and Clark A. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Am. J. Obstet. Gynaecol. 2008; 198: e1-e5
12. Altman D., Zetterstrom J., Schultz I., Nordenstam J., Hjern F., Lopez A., and Mellgren A. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women with surgically managed rectal prolapse; a population based case control study. Dis. Colon Rectum. 2006; 49: 28-35

13. Digesu A., Athanasiou S., Cardozo L., Hill S., and Khullar V. Validation of the pelvic organ quantification (POPQ) system in left lateral position. *Int. Urogynaecol. J. Pelvic. Floor Dysfunction.* 2009; 20: 979-983
14. Hagen S., Stark D., Glazener C., Dickson S., Barry S., Elders A. et al. POPPY Trial Collaborators: individualised pelvic floor muscle traing in women with pelvic organ prolapse (POPPY); a multicentrerandomised controlled trial. *Lancet.* 2014; 383: 796-806
15. National Institute for Heath and Clinical Excellence. Sacrocolpopexy Using Mesh for Vaginal Vault Prolapse Repair. NICE Interventional Procedure Guidance 283. NICE, Manchester; 2009
16. Committee on Practice Bulletins -Gynaecology and American College of Obstetricians and Gynaecologists. ACOG practice bulletin No. 79. pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynaecol.* 2007; 109: 461-473
17. Friedman S., Sandhu K.S., Wang C., and Mikhail M.S. Banks E. factors influencing long-term pessary use. *Int. Urogynaecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2010; 21: 673-678
18. Chene G., Tardieu A.S., Savary D., Krief M., Boda C., Anton-Bousquet M.C. et al. Anatomical and functional results of Mc Call culdeplasty in the prevention of enteroceles and vaginal vault prolapse after vaginal hysterectomy. *Int. Urogynaecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2008; 19: 1007-1011
19. Rahn D.D., Stone R.J., Vu A.K., White A.B., and Wai C.Y. Abdominal hysterectomy with or without angle stitch: correlation with subsequent vaginal vault prolapse. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 2008; 199: e1-e4
20. Marguilies R.U., Rogers M.A., and Morgan D.M. Outcomes of transvaginal uterosacral ligament suspension: systematic review and metaanalysis. *Am. J. Obstet. Gyanecol.* 2010; 202: 124-134
21. Lovatsis D. and Drutz H.P. Safety and efficacy of sacrospinous vault suspension. *Int. Urogynaecol. J.* 2002; 13: 308-313
22. Rondini C., Braun H.F., Alvarez J., Urza M., Villegas R., Escobar M. et al. Prospective randomised study comparing high uterosacral vault suspension vs, abdominal sacral Colpopexy for the correction of apical defects and vaginal vault prolapse. *Int. Urogynaecol. J.* 2011; 22: S87-88
23. Nygaard I.E., McCreery Brubaker L., Connolly A., Cundiff G., Weber A.M. et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet. Gynaecol.* 2004; 104: 805-823
24. Claerhout F., De Ridder D., Roovers J.P., Rommens H., Spelzini F., Vandenbroucke V., Coremans G., and Deprest J. Medium term anatomic and functional results of laparoscopic Sacrocolpopexy beyond the learning curve. *Eur. Urol.* 2009; 55: 1459-1467

25. Ross J.W. and Preston M. Laparoscopic Sacrocolpopexy for severe vaginal vault prolapse: five year outcome. *J. Minim Invasive Gynaecol.* 2005; 12: 221-226
26. Freema, R., Pantazis K., Thomson A., Frappell J., Bombieri L., Moran P., Slack M., Scott P., and Waterfield M. A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS Study. *Int. Urogynaecol. J.* 2013; 24: 377-384
27. Campbell P., Cloney L., and Jha S. Abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet. Gynaecol. Surv.* 2016; 71: 435-442
28. Hardiman P.J. and Drutz H.P. Sacrospinous vault suspension and abdominal colposacropexy: success rates and complications. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 1996; 175: 612-616
29. Benson J.T., Lucente V., and McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects; a prospective randomised study with long term evaluation. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 1996; 175: 1418-1421
30. Maher C.F., Qatawneh A.M., Dwyer P.L., Carey M.P., Cornish A., and Schluter P.J. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomised study. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* 2004; 190: 20-26.

Vaginal cuff prolapse after total hysterectomy- therapeutic approach

G. Kontopoulos, S. Kouvelas

Obstetrics and Gynecology Department, General Hospital of Larisa, Greece

ABSTRACT

Vaginal cuff prolapse is one of the most known complication that can occur during a total hysterectomy by abdominal or vaginal approach. Despite the fact that it is observed rarely ,vaginal cuff prolapse rates are elevated in women who have been undergone a genital prolapse surgery by vaginal approach, compared to women who underwent an abdominal total hysterectomy for benign or malignant internal genital disorders.The therapeutic approach is a challenge and while several early-stage women seem to be getting better because of conservative treatment, the majority of them will resort to a surgical treatment.

In this review, which is based on the systemic citation of modern bibliographic data a brief report on the impact, risk factors and the clinical management of women with vaginal cuff prolapse after o total hysterectomy is attempted.

All possibilities of conservative treatment will be listed below, however surgical restoration is inevitable. Finally, surgical techniques for abdominal and vaginal approach will be mentioned and laparoscopy against the open method will be compared.



Keywords: total hysterectomy, prolapsed, vaginal cuff



Citation

G. Kontopoulos, S. Kouvelas. Vaginal cuff prolapse after total hysterectomy- therapeutic approach. Scientific Chronicles 2018; 23(3): 255-264

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.3.1>