

LASKEUMIEN DIAGNOSTIIKKA JA HOITO

Pauliina Aukee, oyl

Lääkärikouluttajan erityispätevyys

Keski-Suomen keskussairaala

EGO-päivät 17.5.2013 Kuopio

Sidonnaisuudet

- Asiantuntijaryhmäjäsen: Astellas Finland, ICS vuosikokous 2012

Tämän esityksen osat:

- Gynekologiset laskeumat
- Avoterveydenhuollon hoitomuotoja
- Oirekirjo ja erot löydöksissä
- Parhaan hoitomuodon valinta
- Hoitosuosituksia

Gynekologisia laskeumia

- N 81.1 Emättimen etuseinän laskeuma (kystocele)
- N 81.2 Osittainen kohdun laskeuma (descensus uteri)
- N 81.3 Täydellinen kohdun laskeuma (prolapsus uterovaginalis totalis)
- N 81.5 Emättimen enteroseele
- N 81.6 Emättimen takaseinän laskeuma (rectocele)
- N 99.3 Emättimen pohjukan laskeuma
- Perustuu siihen, että laskeumaa tutkiessa näkee sen, mitä emättimestä pullistuu, eikä pullistuman takana olevia elimiä

Vaikeusaste

- Gradus I: rakenne (esim. kohdunnapukka) liukuu korkeintaan emättimen ulkokolmannekseen saakka.
- Gradus II: rakenne tulee näkyville ulkosynnyttimiin eli introitustasoon.
- Gradus III: rakenne pullistuu selvästi emättimen aukosta ulos.
- Gradus IV: rakenteista erityisesti kohtu on kokonaisuudessaan luiskahtanut esiin emättimen aukon ulkopuolelle (kohdun totaaliprolapsi).

• Baden-Walker –luokitus (1972)

Gynekologisen laskeuman hoitovaihtoehdot

- Ensiapu
- Seuranta ja neuvonta
- Leikkaus

Ensiapu

- Vaivan hyvänlaatuisuuden toteaminen
- Reponointi
- Paikallishoito
 - Haavaumien penslaus
 - Estrogeeni voiteena, tablettina, puikkoina
- Mekaaniset tuet
- Virtsaamisen varmistaminen
 - Tarvittaessa kestopkatetri

Avoterveydenhuollon apukeinot

- Elämäntapamuutokset
- Lantionpohjan lihasharjoittelu
- Paikallinen estrogeenihoito
- Ummetuksen hoito: ruokavalio, laksatiivit
- Lääkehoito inkontinenssiin: antikolinergit, imokidoni
- Laihdutus
- Liikunta sopivassa muodossa
- Vatsaontelon painetta vähentävät muutokset

Mekaaniset tuet

- Rengasmalli kohdulliseen laskeumaan
 - 1. tarkistus 2 kk, sitten 3-6 kk, lääkäri tai hoitaja
 - Paikallisestrogeenin käyttö suositeltavaa
 - Kirjallinen ohje potilaalle
 - Lääkärin käsikirjassa video asetuksesta
- Kuutio emättimen pohjukan prolapsiin
 - Potilas itse huoltaa iltaisin

Seuranta avohuollossa

- Vähäoireisen laskeuman kontrolli 6 kk – 1 vuosi-vuosisia
- Elintapamuutosten ja lääkityksen vasteen arviointi 3-6 kk:n kuluttua

Laskeumien diagnostiikka ja hoito sairaalassa

- Oirekirjo ja erot löydöksissä
- Parhaan hoitomuodon valinta
- Hoitosuosituksia

Gynekologiset laskeumaleikkaukset

- Korjaavat emättimen kautta tehtävät primaarit leikkaukset
 - LEFoo Emättimen etuseinän muovaus (KA), LEFo3 Emättimen takaseinän muovaus (KP), LEF13 Vaginaalinen hysterektomia + emättimen/välilihan muovaus, LEF40 Enteroseelen korjaus emättimen kautta, LEF10 Emättimen muovaus ja kohdunkaulan lyhentäminen (Manchester)
- Hysterektomian jälkeisen emättimen pohjan laskeuman avoin/ laparoskooppinen/ vaginaalinen korjaus LEF50,51,53
- Verkkoleikkaukset ja uusiutuneen laskeuman korjaukset verkolla
 - LEF 01 (etuseinä), LEF 06 (uusiutuneen, etuseinä), LEF 04 (takaseinä) ja LEFo9 (uusiutuneen, takaseinä)

OIREET

- Potilas kertoo
- Lääkäri kyselee
- Oirespesifiset kaavakkeet
- Oireiden yhteys löydöksiin

Väljyys vai pullistuma?

- 18-83 % vuotiailla naisilla on normaali lantionpohjan tuki 24 %:lla, introituksen ulkopuolelle tuleva laskeuma on 3-6 %:lla, loput tällä välillä.
- Vaikka useimmat asiantuntijat sanovat, oireiden esiintyvyyden lisääntyvän laskeuman tullessa introitustason alapuolelle, ei ole selkeää rajaa normaalin ja patologisen laskeuman välillä.

■ Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Lancet 2007;369:1027-38

Tuntuuko teistä, että emättimestä pullistuu jotain ulos?

- 'Emättimestä pullistuu jotain ulos', on ainoa laskeumalle spesifinen oire (ACOG, Tanska) **A**
- Mahdollisia muita oireita ovat virtsaelin-, suoli-, seksuaaliset oireet ja paikallisoireet.
- Laskeumaa ei voi kuitenkaan päätellä muista oireista (ACOG, Tanska) **A**
- Suolen, virtsarakon ja sukupuolielämäään liittyvät oireet eivät ole spesifisiä tietylle kompartmentille (Tanska)

Laskeumapotilaan tutkiminen

- 1) Esitiedot
 - Tarkista! Aiemmat gynekologiset leikkaukset
- 2) Kliininen tutkimus
- 3) Täydentävät tutkimukset
 - Alempien virtsateiden tutkimukset
 - Dynaamiset peräaukon sulkijan tutkimukset
 - Kuvantaminen UÄ, MRI
 - Yhteistyö eri erikoisalojen välillä

Kliininen tutkimus 1 osa

- Yleistila
 - Suorituskyky, lonkkien liike
- Gynekologinen tutkimus
 - Limakalvojen kunto
 - Limakalvojen, portion, kohdun, munasarjojen muu patologia

Kliininen tutkimus osa 2, laskeuma

- Pullistuma levossa ja Valsalvan aikana (ponnistaessa)
- Välilihan madaltuminen, hiatuksen laajeneminen
- Mikä emättimen osa pullistuu, kuinka paljon, mistä kohdin, defektityyppi ja mukaan tulevat elimet
- Objektiivinen arvio laskeuman asteesta, mitta
- Laskeuman arviointi ultraäänellä 3 D



- Ilman spekulaa on vaikea erottaa onko kyseessä etuseinän vai takaseinän laskeuma
- Kuvassa emättimen takaseinän laskeuma, jossa rekto- ja enteroseele
- Huomioi: Virtsarakon ja suolen täyteys, vuorokauden aika, tutkimusasento, anestesia

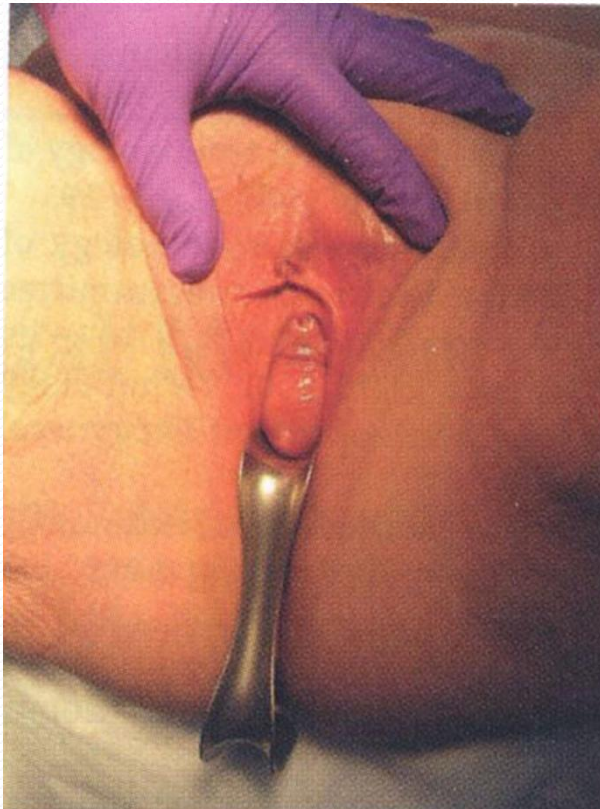
Kliininen tutkimus osa 2, virtsaus

- Yskäisytesti virtsarakon ollessa täysi,
 - Laskeumaa (uv-junktiota) tuetaan kohottajalla
 - Piilevän inkontinenssin mahdollisuuden huomioiminen
- Jäännösvirtsamäärän mittaus (uä/ katetrointi)
- Sormitesti
 - Lihasvoiman arviointi 0-5

Lisätutkimusten aiheita

- Hidastunut virtsarakon tyhjeneminen ilman merkittävää laskeumaa, suorita flow+jäännösvirtsan mittaus.
- Harkitse urodynamiaa, kun etuseinää on aiemmin korjattu, laskeumat vaativat useamman komponentin korjauksen, ennen verkkoleikkauksia tai potilaalla on merkittävä virtsarakon toimintaan vaikuttava perussairaus kuten MS-tauti.
- Tiheävirtsaisuus yleistä laskeuman yhteydessä eikä vaadi lisätutkimuksia.

- Stage II etuseinän laskeuma

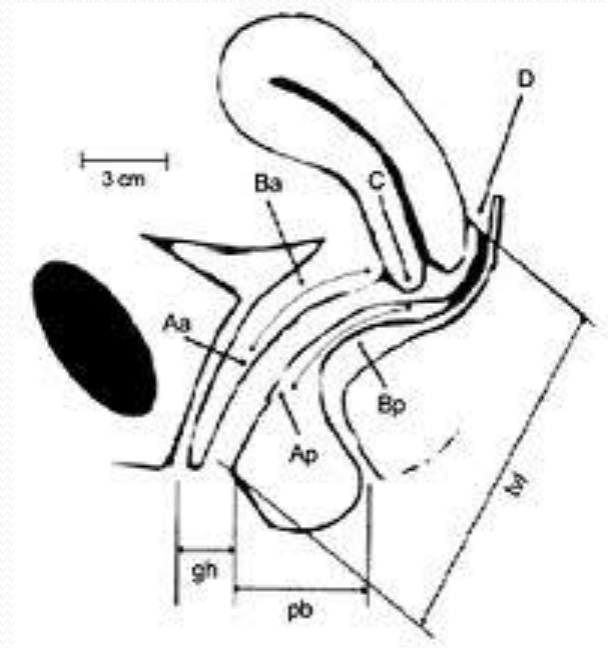


- Stage III kohdun laskeuma



Tarkempi asteen arviointi POPQ –luokitus (1996)

anterior wall Aa	anterior wall Ba	cervix or cuff C
genital hiatus gh	perineal body pb	total vaginal length tvL
posterior wall Ap	posterior wall Bp	posterior fornix D



Emättimen pohjan tuen petttäminen

C +4



Kliininen tutkimus osa 3, suoli

- Tpr
- Sfinkterin tonus
- Rectocele-säkki
- 3 D UÄ
- Defecografia
- Magneettidefecografia

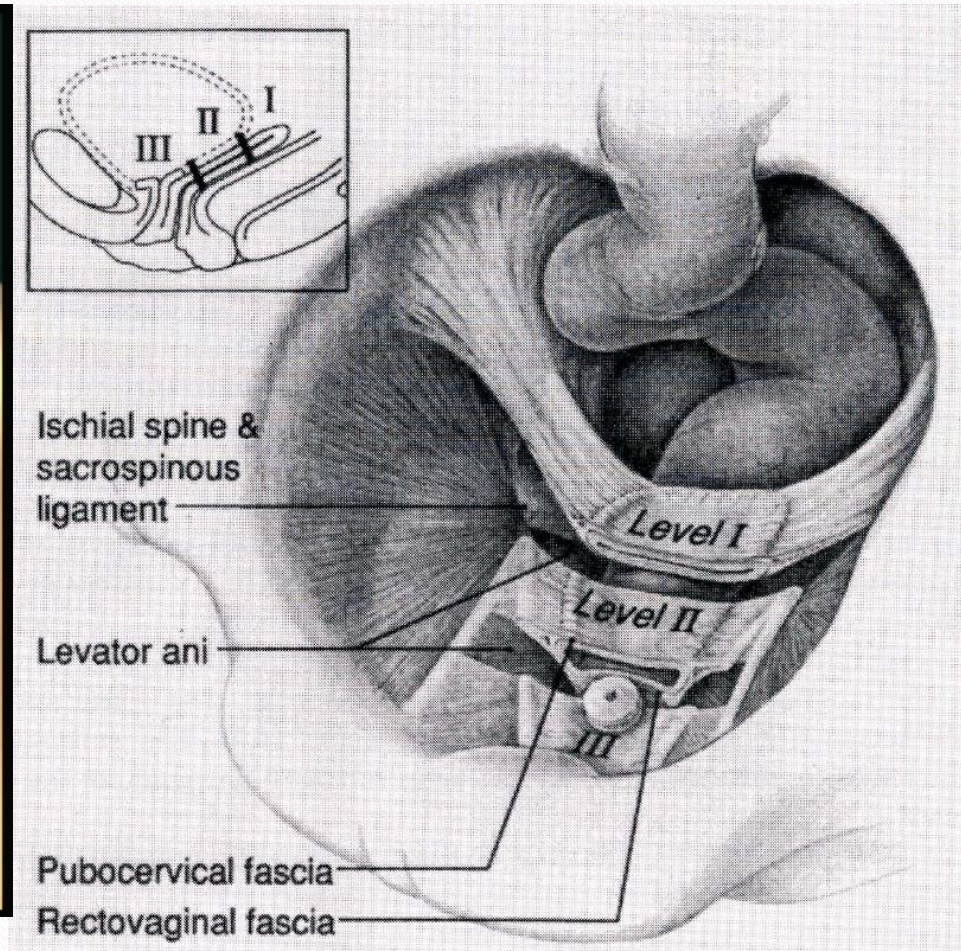
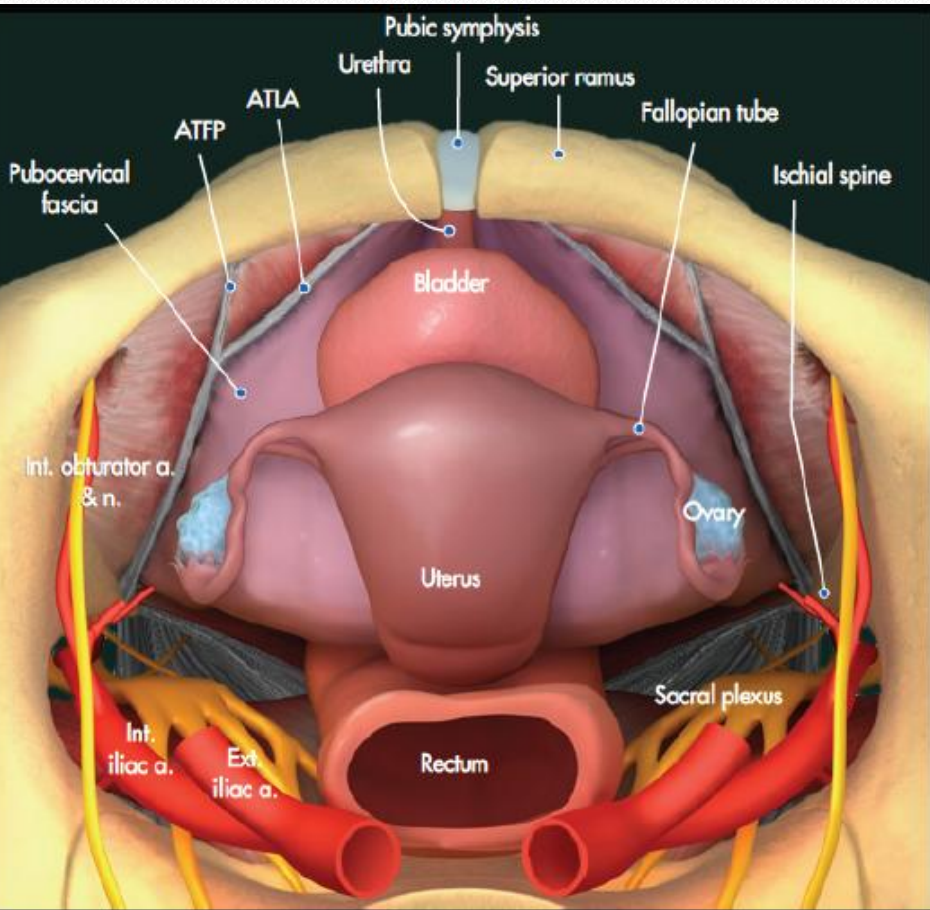
ULOSTAMISVAIKEUDET LASKEUMAPOTILAILLA

- Oireet: rectumin epätäydellinen tyhjeneminen, digitaatio, esteen tunne
- Outlet obstruktio vs. motiliteettihäiriö
- Vaginan takaseinän, rectumin ja perineumin defektit, anismus
- Motiliteettihäiriön hoito on dietaarinen tai lääkkeellinen,
 - Muista: hypotyreoosi, hypoparatyreoosi
- Anismuksen hoito on biofeedback-ohjauksella

RECTOCELE JA ULOSTEINKONTINENSSI

- 20%:lla laskeumapotilaista
- Ulosteen pidätyskyvyttömyys, tuhriminen, urge
- Pudendaalihermohaarojen denervaatio
- Eksterni anaalisfinkterin leesio
- Erotusdg: suolen motiliteettihäiriö, rectovaginaalifisteli

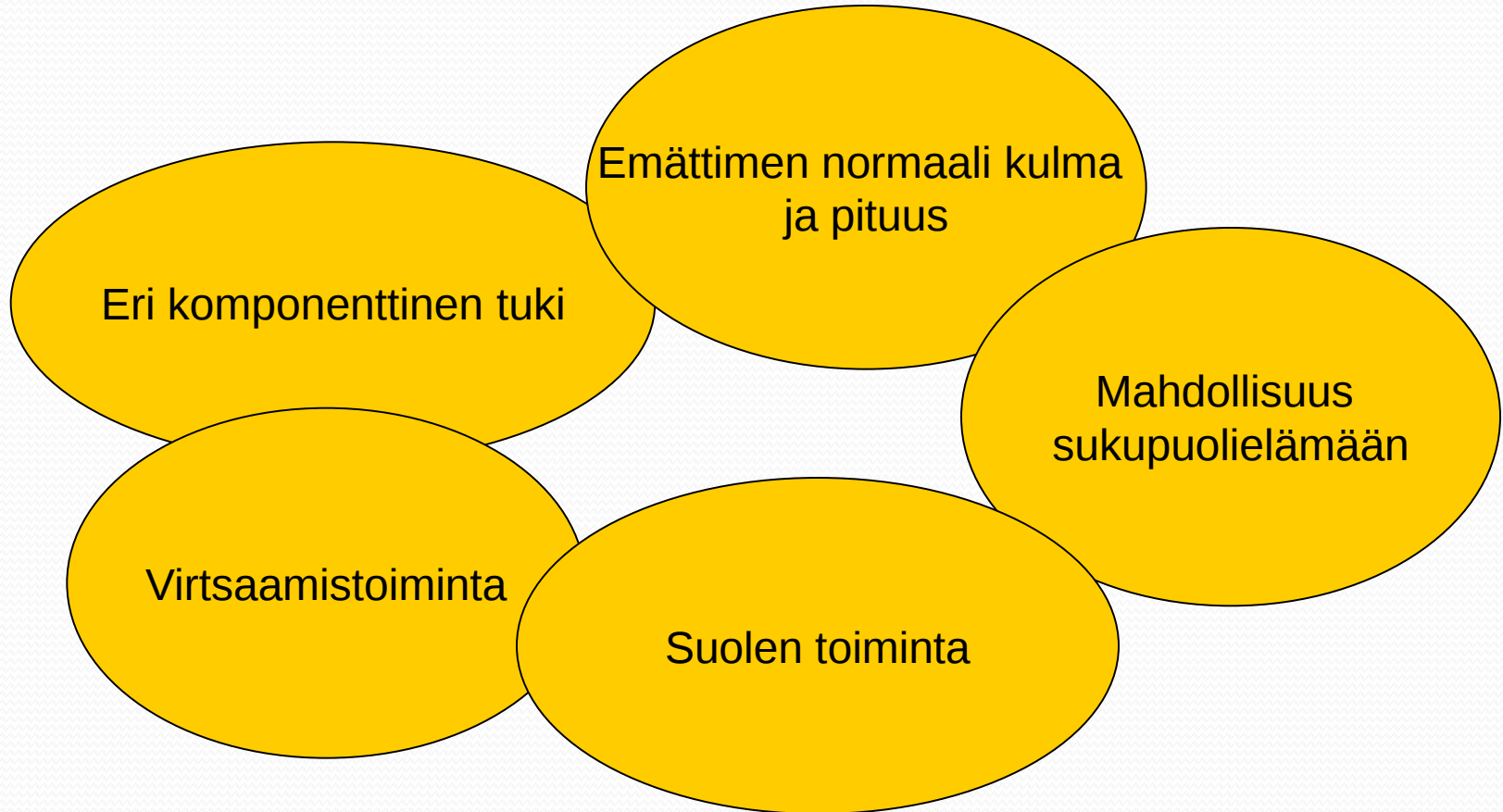
Lantion tukirakenteet



Laskeuman hoidon suunnittelu

- Yksilöllinen hoidon suunnittelu
 - haittaavimman oireen hoito
 - yhdistelmähoito tai portaittainen hoito

Laskeumakirurgian tavoitteet



Leikkaushoito - indikaatiot

- Laskeumaleikkauksen absoluuttisia indikaatioita on vähän:
 - Laskeuman aiheuttama virtsaobstruktio
 - Urosepsis
 - Inkarseroitunut suoli

Leikkaushoito - riskit

- Perussairaudet ja lihavuus lisäävät leikkausriskejä
- Komplikaatioita on enemmän yli 80-vuotiailla ja naisilla, joille tehdään rekonstruoivaa kirurgiaa obliteroivan sijaan (ACOG)
 - Yleiset riskit: virtsatieinfektiot, virtsantulovaikeus, tiheävirtsaisuus, emättimen vuoto, emättimen haavan tulehdus, kipu, yhdyntäkivut
 - Harvinaiset riskit: virtsaelinten vaurio (2/1000), suolivaurio (5/1000), runsas hoitoa vaativa verenvuoto (2/1000), lantion alueen paise (3/1000), keuhkoveritulppa

ENNEN LEIKKAUSTA

- Tarkista leikkausindikaatiot: Oireet ja laskeuman pullistuminen emättimen ulkopuolelle (STM kiireettömän hoidon perusteet)
- Jos diagnoosi on epävarma, kokeile konservatiivisia hoitoja, kontrolloi, tee täydentäviä tutkimuksia, konsultoi ja arvioi uudelleen.
- Ohjaa limakalvojen paikallisestrogeenihoito ennen leikkausta.
- Potilaalle selitettävä emättimen kaventuminen tai kulman mahdollinen muuttuminen leikkauksessa ja leikkaajan tiedettävä potilaan sukupuolielämän tarve.
- Ole realistisesti leikkaushoidon tuloksellisuuden suhteen.

ENNEN LEIKKAUSTA

- Virtsan oltava puhdas laskeumaleikkaukseen tullessa.
- Kerta-annos kefuroksiimia on riittävä antibioottiprofylaksia vaginakirurgiassa (*Tanska*)
- Raskaudet tulisi olla ohi ennen laskeumaleikkauksen suunnittelua, koska uusi raskaus ja synnytys voivat pahentaa laskeumaa (*ACOG*)
- Oireisten laskeumapotilaiden kanssa tulisi keskustella mahdollisuudesta käyttää prolapsitukea ennen leikkausta (*ACOG*) **B**

Etuseinän laskeuman korjaus

- Perinteisen KA:n jälkeen enemmän anatomisia uusimisia kuin millään polypropyleeniverkolla (RR 3.15, 95% CI 2,50-3,96), mutta ei eroa uusintaleikkausten määrässä, elämänlaadussa tai de novo dyspareuniassa.
- Toisaalta de novo ponnistusinkontinenssia ja takaseinän pullistumia on enemmän etuseinäverkon jälkeen (Cochrane 2013).

Nauhaleikkaus ja laskeuman korjaus

- Yhdistelmäleikkauksesta voi hyötyä (piilevä) ponnistusvirtsankarkailupotilaat. Laskeumaleikkauksen jälkeen de novo urge 12 %. (Cochrane 2013)
- Nauha- ja laskeumaleikkauksen yhdistäminen naisilla, joilla on samanaikaisesti oireinen ponnistuskarkailu ja laskeuma, ei ilmeisesti heikennä nauhaleikkauksen tulosta, mutta noin kolmasosa saattaa parantua ponnistuskarkailusta pelkällä laskeumaleikkauksella. (Käypä Hoito 2011)

Takaseinän laskeuman korjaus

- Emättimen takaseinän korjaus vaginaalisesti vähentää rektoseelen uusimista (oireet, löydökset, defecografia) verrattuna transanaaliseen korjaukseen (*Cochrane 2013 ACOG*)
- Takaseinän verkkojen käytölle ei näyttöä. (*Cochrane 2013*)
- Takaseinämän korjaus suoritetaan emättimen kautta samalla rectumin kautta tunnustellen heikot kohdat faskiasta (ns. paikkaspesifisesti). Leikkaus tehdään päiväkirurgisesti tai potilas voidaan kotiuttaa seuraavana aamuna (*Tanska*)

Ulosteen karkailu ja laskeuma

- Tällä hetkellä ei ole riittävästi näyttöä siitä, mikä on paras leikkaus ulosteen karkailun hoitamiseksi
- Optimaalinen ulosteen karkailun hoito voi olla kombinaatio konservatiivisesta ja operatiivisesta hoidosta (*Cochrane*)

Leikkaustekniikoista

- Kardinaale ja uterosakraalisten ligamenttien sitominen emättimen huippuun on suositeltavaa kohdunpoiston yhteydessä (RCOG) **B**
- McCall kuldoplastia on suositeltava toimenpide estämään enteroseelen muodostumista hysterektomian yhteydessä (RCOG) **A**
- Kolpopleksia on turvallinen ja vaikuttava toimenpide niille, jotka eivät toivo enää yhdyntöjä (RCOG) **B**
- Korkean komplikaatioriskin naisille, jotka eivät toivo enää yhdyntöjä, tulisi suositella kolpopleksia (ACOG) **C**

Emättimen pohjukan tukeminen

- Abdominaaliella sakrokolpopeksialla saavutetaan vähemmän laskeuman uusimisia ja yhdyntäkipuja pohjukan laskeumissa (kohtu/emätin) kuin vaginaalisella sacrospinosus fixaatiolla (*Cochrane*) **A.**
- Kohtua säästäviä laskeumaleikkauksia ovat uterosakraalinen tai sakrospinosusfiksaatio emättimen kautta tai abdominaalinen sakropeksia (*ACOG*) **B**

Laskeumakirurgia ja verkot

- konsensuskokous

- Leikkausindikaatiot eivät ole standardisoituja, vaan perustuvat usein paikalliseen tai leikkaavan lääkärin näkemykseen mitä korjataan.
- Sekä perinteisissä tekniikoissa että verkkopakkausissa useita eri variaatioita, jotka tekevät vertailun hankalaksi.
- Jopa tyyppi I:n polypropyleeniverkko voidaan kutoa eri tavoin, päällystää ja sen koko voi vaihdella, joista seuraa elastisuuden vaihtelua.

Teknisiä tekijöitä

- Kiistanalainen asia pitääkö kohtu poistaa (huippu korjata) lievän seinämän pullistuman takia.
- Jos huippu laskee > 2 asteen, pitää korjata
- *Jos etuseinän pullistuma suuri, pitää jo lievempi huipun laskeuma korjata samalla kertaa.*
- Verkko pitää asetella pehmeästi ilman kiristystä. Limakalvon poistoa vältettävä.

Yksilölliset tekijät

- Limakalvoatrofia hoidettava ennen ja jälkeen
- DM; huono tasapaino vaarantaa haavan paranemisen
- Kortisonin käyttö. Suuret annokset heikentävät kudoksen paranemista ja kollageenin muodostumista. Cave!
- Tupakointi; verkon esilletuloriski 3,7- kertainen.
- BMI. Ylipaino riski haavatulehduksille ja verkon esilletulolle
- Samanaikainen kohdunpoisto T-viillosta lisää verkon esilletuloriskiä.

Mahdollinen hyöty verkosta

Muuttuja	Todennäköisesti	Mahdollisesti	Epätodennäköisesti	Ei suositella
Ikä < 50 v			S, B	
Ikä > 50 V		S, B		
Uusiutunut Sama kohta		S, B		
Cystoc > 2°		S, B		
Cystoc < 2°				S, B
Takaseinä			S, B	
Huippu		S	B	
Fascian puute		S, B		
Kr paine ↑		S, B		
Kipuoire				E, O
Raskaustoive				E, O

Mahdollinen hyöty verkosta

Muuttuja	Todennäköisesti	Mahdollisesti	Epätodennäköisesti	Ei suositella
Uusiutunut+ Cystocele > 2°	S, B			
Uusiutunut + Takaseinän pullistuma		S, B		
Uusiutunut+ huippu (apex, cuff, cervix)	S		B	
Uusiutunut + Vatsaontelon paine ↑	S, B			
Paine ↑ + cc > 2°	S, B			
Uusitunut+ fascian puute	S, B			
Fascin p. + cc > 2°	S, B			

Laskeumien hoito meillä ja muualla

(mukaillen Riikka Aaltosen raportti Advanced Nordic Prolapse Surgery Workshop 2010)

- Tiedot perustuvat kussakin maassa kyselytutkimukseen suurimmille sairaaloille
- Norja: Manchester ja rafia tavallisin leikkaus, pyritään välttämään hysterektomiaa
- Tanska: Perusleikkaus rafia ja kohdun laskiessa Manchester tai hysterektomia
- Ruotsi: Hysterektomioita vähemmän kuin Suomessa, leikkauksia monipuolisesti, sairaalakohmainen vaihtelu suurta
- Suomi: Tavallisimmin KA, VH + rafia sekä KP

Parantaako kohdunpoisto lantionpohjan toimintahäiriöitä?

- 5 vuoden kuluttua leikkauksesta
 - Laskeumapotilailla väheni tihentynyt virtsaamistarve, virtsankarkailu, ummetus ja pullistuman tunne
 - Ei-laskeumapotilailla väheni vain tihentynyt virtsaamistarve
 - Ulosteenkarkailuun ei vaikutusta
 - Koppelo-tutkimus 2013 (julkaisematon)

Hoitosuosituksia

- Selection of patients in whom vaginal graft use may be appropriate

Consensus of the 2nd IUGA Grafts Roundtable: Optimizing Safety and Appropriateness of Graft Use in Transvaginal Pelvic Reconstructive Surgery

Kirjoittajat : GW Davila (USA), K. Baessler (Germany), M. Cosson (France), L. Cardozo (UK), *Int Urogynecol J* 2012;23 (Suppl 1); S7-14

- Virtsankarkailu, naiset. Käypä Hoito- suositus 2011, Duodecim
- Descensus/Prolapsus Genitalis, Tanskan gynekologiyhdistyksen valitsema työryhmä, 2005
- Management of post hysterectomy vaginal vault prolapse. RCOG, Green-top guideline 2007
- Pelvic organ prolapse. ACOG 2007
- Cochrane katsaukset
 - Surgical management of pelvic floor organ prolapse in women, 2013
 - Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women, 2010
 - Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women, 2010
 - Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women, 2009
 - Conservative management of pelvic organ prolapse in women, 2009
 - Surgery for faecal incontinence in adults, 2009
- Naisten sukupuolielinten laskeumat. Kiireettömän hoidon perusteet. STM 2009.
- Aaltonen R. Raportti Advanced Nordic Prolapse Surgery Workshop, Århus 2010.
- Aaltonen R. Treating vaginal vault prolapse –the Finnish way-. Århus 2010.