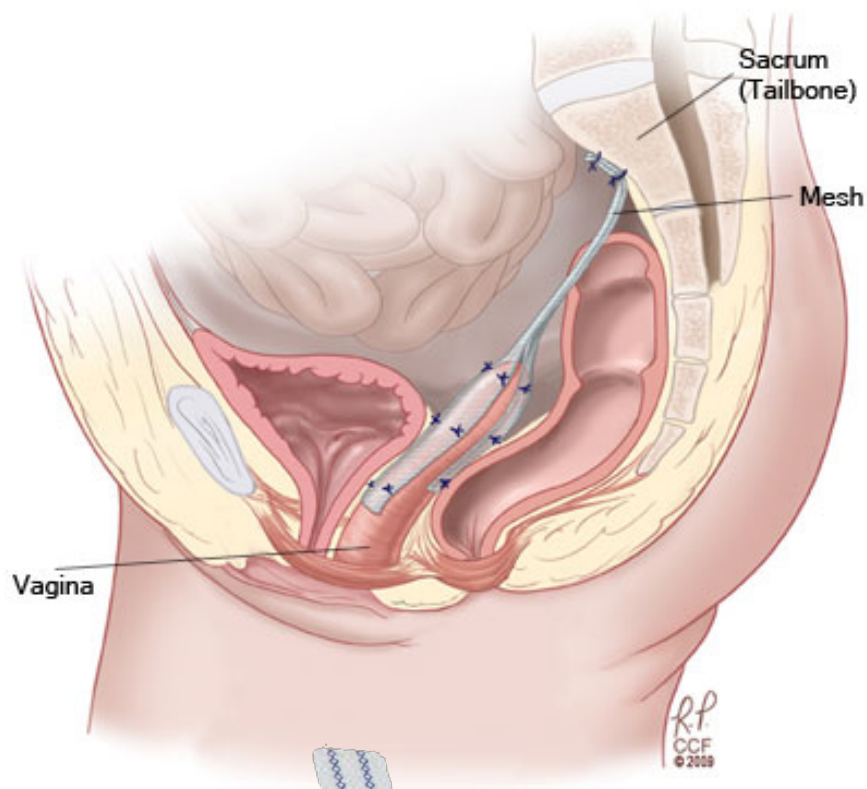




Ratkaiseeko kolposakropeksia laskeumakirurgian ongelmat?



Riikka Aaltonen
29.8.2014

HILMO 2012

- Laskeumaleikkauksia 4018 kpl
- Joku apex-korjaus 457 kpl (sis. vag. verkot)
- Kolposakropeksioita 81 kpl:
 - 23 avointa
 - 58 laparoskooppista

Tyks laskeumaleikkaukset

	2009	2010	2011	2012	2013
Tyks kaikki	201	240	192	181	170
Vag. apex-korjaus	38	36	56	62	39
Abd. apex-korjaus	4	7	1	0	1
Lsk. apex-korjaus	0	0	2	3	14
Apex-korjaus-% kaikista	19 %	15 %	29 %	36 %	32 %
Inko-oper. samalla	36	28	1	0	1
Verkon käyttö*	71 (35 %)	88 (37 %)	83 (43 %)	75 (41 %)	76 (45 %)

Miksi kolposakropeksia?

- Pitkä kokemus vuodesta 1957 lähtien
- Noussut kukoistukseen FDA:n varoituksen jälkeen
- Laparoskooppinen/robotti
- Eri lähestymissuunta vaginaalisien kirurgian epäonnistuttua
- Vähemmän residiiivejä?
- Vähemmän kipuja ja eroosioita kuin vaginaalisessa verkkokirurgiassa?

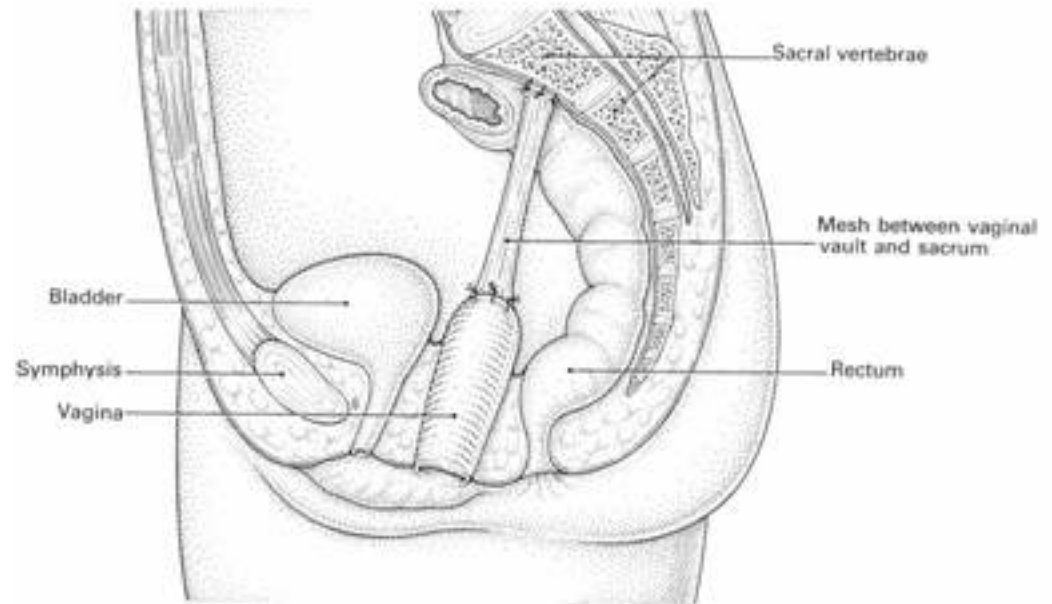
Miksi ei kolposakropeksiaa?

- Vaativaa laparoskopiaa tai avoleikkaus
 - rektovaginaalitalan ja vesikovaginaalitalan preparointi, ompelu
 - pitkä oppimiskäyrä, määrät pieniä
- Laskeumakirurgit harvoin taitavia laparoskopisteja
- Tulokset eivät sen parempia kuin vaginaalisella kirurgialla?

Kolposakropeksia

Toimenpiteessä paljon variaatiota, mikä vaikuttanee myös tuloksiin

- Vain apeksiin
- Vain taakse
- Eteen ja taakse
- Fiksaatio L5-S2
- Verkkomateriaali



Review Article

Sacrocolpopexy for Treatment of Vaginal Apical Prolapse: Evidence-Based Surgery

Ilana L. Parkes, MBBS(Hons), and David Shveiky, MD*

From the Section of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Ein Kerem, Jerusalem, Israel (both authors).

ABSTRACT Pelvic organ prolapse is a common condition that negatively affects women's quality of life. Sacrocolpopexy is an abdominal procedure designed to treat apical compartment prolapse including uterine or vaginal vault prolapse and multiple-compartment prolapse. Although traditionally performed as an open abdominal procedure, minimally invasive sacrocolpopexy, whether laparoscopic or robotic, has been successfully adopted in the practice of many pelvic reconstructive surgeons. There are many variations to this procedure, with different levels of evidence to support each of them. Herein we review the current literature on sacrocolpopexy, with emphasis on the minimally invasive approach. Procedural steps and controversies are examined in light of the existing literature, and recommendations are made on the basis of the level of existing evidence. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2014) 21, 546–557 © 2014 AAGL. All rights reserved.

Keywords: Evidence; Laparoscopy; Mesh; Robotic surgery; Sacrocolpopexy; Surgical technique

DISCUSS You can discuss this article with its authors and with other AAGL members at <http://www.AAGL.org/jmig-21-4-JMIG-D-13-00408>



Use your Smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article now*

* Download a free QR Code scanner by searching for "QR scanner" in your smartphone's app store or app marketplace.

Potilasvalinta

- Ensisijaisesti apex-korjaus
- Iso primaariprolapsi (ei kunnollista dataa)
- Potilaan täytyy kestää pitkä leikkaus
Trendelenburgissa
- Vagina ei lyhene ja suunta pysyy melko
normaalina, vähemmän kipuja
 - nuoremmille ja seksuaalisesti aktiivisille
 - Ei RCT:tä
 - Näyttää myös siitä, että vanhemmilla ja lihavilla
potilailla vähemmän post. op. komplikaatioita kuin
vag. kirurgiassa

Tehokkuus

- 78-100 %, jos mittarina se, ettei ole apexin prolapsia
- 58-100 %, jos mittarina, ettei mitään prolapsia
- Myös QoL-mittareilla selkeä paraneminen
 - virtsaaminen, prolapsioireet, seksuaalisuus
 - Ulostamisvaivoissa ei niin selkeätä paranemista, joskus jopa lisääntyvää ummetusta
- Cochrane: parempi kuin SSF kaikilla mittareilla
- Potilastyytyväisyys 85-100 %
- RCT totaali-Prolift vs. LSCP, LSCP parempi ja edullisempi

1 RCT totaali-Prolift vs. LSCP

UROGYNECOLOGY

Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial

Christopher F. Maher, MD; Benjamin Feiner, MD; Eva M. DeCuyper, MD;
Cathy J. Nichlos, RN; Kacey V. Hickey, RN; Peter O'Rourke, PhD

OBJECTIVE: To compare the laparoscopic sacral colpopexy and total vaginal mesh for vaginal vault prolapse.

STUDY DESIGN: Women with symptomatic stage ≥ 2 vault prolapse were randomly allocated the laparoscopic sacral colpopexy (53) or total vaginal mesh (55). Primary outcome measures were objective success rates at pelvic organ prolapse quantification sites individually and collectively. Secondary outcome measures included perioperative outcomes, patient satisfaction, quality of life outcomes, complications, and reoperations.

RESULTS: The laparoscopic sacral colpopexy group had a longer operating time, reduced inpatient days, and quicker return to activities of

daily living as compared with the total vaginal mesh group. At the 2-year review, the total objective success rate at all vaginal sites was 41 of 53 (77%) for laparoscopic sacral colpopexy as compared with 23 of 55 (43%) in total vaginal mesh ($P < .001$). Reoperation rate was significantly higher after the vaginal mesh surgery 12 of 55 (22%) as compared with laparoscopic sacral colpopexy 3 of 53 (5%) ($P = .006$).

CONCLUSION: At 2 years, the laparoscopic sacral colpopexy had a higher satisfaction rate and objective success rate than the total vaginal mesh with lower perioperative morbidity and reoperation rate.

Key words: laparoscopic sacral colpopexy, vaginal mesh repair, vaginal vault prolapse

Cite this article as: Maher CF, Feiner B, DeCuyper EM, et al. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 2011;204:360.e1-7.

Pitkäaikaistulokset

Nygaard ym. JAMA 2013

5-7 vuoden seuranta (CARE-trial), 215 pot

	Estimated Probability of Failure From Parametric Survival Models 7 Years After Abdominal Sacrocolpopexy (SD)		Treatment Difference (95% CI)
	Urethropexy	No urethropexy	
Pelvic organ prolapse			
Symptomatic failure	0.29 (0.043)	0.24 (0.038)	0.049 (−0.060 to 0.162)
Anatomic failure	0.27 (0.099)	0.22 (0.049)	0.050 (−0.161 to 0.271)
Composite (symptomatic or anatomic) failure	0.48 (0.092)	0.34 (0.054)	0.134 (−0.096 to 0.322)
Urinary incontinence			
Stress	0.62 (0.052)	0.77 (0.034)	−0.153 (−0.268 to −0.030)
Overall	0.75 (0.043)	0.81 (0.032)	−0.064 (−0.161 to 0.032)

A vs. L vs. R SCP

- Avoin Suomessa katoavaa kansanperinnettä
- Laparoskooppisissa vähemmän komplikaatioita ja tulokset samanlaiset
 - etupuoli?
- Robotti (ja 3D) helpompia kuin normaali Isk
 - hinta, saatavuus?

Komplikaatit

- Avokirurgiassa enemmän sydän-, verenkierto- ja keuhkokomplikaatioita
- Uusintaleikkausta vaativien vakavien komplikaatioiden määrä on pienempi SCP:ssa kuin vaginaalisessa kirurgiassa (kaikki)
- Vuotokomplikaatit 4,4 % (ongelmallisia erityisesti iliacasuonet ja mediaaliset sakraaliset suonet)

Komplikaatit

- Virtsatiet
 - infektio 10,9 % (ab profylaksia?), vaurio/perforaatio 3,1 %, ureter-leesio 1 %
- GI-komplikaatit
 - ileus, obstruktio 5,9 % (ASC), suolivaurio n. 1,5 %
- Verkkokomplikaatit
 - eroosio 0-12 %
 - Nygaard (rev.) 3,5 % <3 vuotta, (CARE) 10,5 % 7 vuotta

Komplikaatiot

- Diskiitti/osteomyeliitti
 - Harvinainen, tackereilla (laparoskopiassa) vain yksittäisiä
- Hermovaurio
 - lähinnä asentoperäinen

Kohdunpoisto: totaali vai korpusamputaatio

- Periaatteessa mahdollista myös säästää kohtu
- Teoriassa cx on hyvä ripustuspaikka
- Koko kohdun poisto altistaa eroosiolle 0 vs. 5 %, VH:n jälkeen jopa 23 %
- Amputaatio lienee parempi

Verkko ja ommelaineet

- Polypropyleeni on parempi kuin fascia lata-grafti tai biologinen grafti/verkko
- ”Vähemmän on enemmän”
- Hitaasti sulava monofilamenttiommel voi olla parempi kuin multifilamentti sulamaton ommel
- Y-verkon tai 2 erillisen verkonkappaleen eroista ei tietoa

Kuinka alas pitäisi mennä?

- Ei näyttöä
- Takana kiinnitys vaginaan tai levatoreihin (USA +Australia vs. Ranska)
- Edessä lähelle UV-junktiota
- SCP ei poista/paranna ulostamisoireita (ODS), saattaa jopa pahentaa niitä. Diagnostiikka??

Pitääkö tehdä erikseen rafiat?

- Takaseinä korjautuu yleensä hyvin eikä mahdollinen KP vähennä ulostusvaivojen määrää
- Varsinkin iso kystoseeale, jossa on merkittävä paravaginaalidefekti, korjautuu huonosti

Fiksaatio sakrumiin

- Promontorium, ei välilevyyn
 - Kaudaalisemmilla pienempi vetolujuus
 - Toisaalta vaginan akseli voi olla parempi (S1/S2)
- Horisontaaliset ompeleet
- Tackerit hyviä ja nopeita
 - diskiiitit harvinaisempia

Verkon kireys

- Ei tietoa
- Joustava verkko esim. Artisyn vähentää tätä ongelmaa

Peritonointi

- Yleensä ollut tapana peritonoida
- Yksittäisiä raportteja/potilassarjoja, joissa peritoneumin jättäminen avoimeksi ei ole aiheuttanut komplikaatioita

Jos tulee rakko- tai suolivaurio

- Jättääkö kesken vai jatkaako?
 - ei tietoa

Kolposakropeksia

Subjekttiivinen mielipide:

- Hyvä osata, koska sillä on paikkansa varsinkin, kun totaali-Prolift on poistunut markkinoilta
- Sopii hyvin korjaamaan vaginaalisen (verkko)kirurgian residiivejä
- Primaarileikkauksenakin vaikuttaa lupaavalta