

GynObstetrik



Prolaps

Health Department

the33 ©

Innehållsförteckning

Prolaps.....	2
Definition.....	2
Klassifikation.....	2
<i>Cystocele</i>	
<i>Rektocele</i>	
<i>Enterocele</i>	
<i>Totalprolaps</i>	
Patogenes.....	2
Diagnos.....	2
Behandling.....	3
<i>Profylaktisk</i>	
<i>Konservativt</i>	
<i>Ringbehandling</i>	
<i>Kirurgisk</i>	

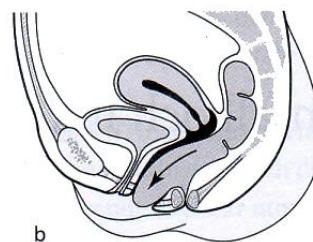
Prolaps

Definition→ Prolapsus eller Descensus genitalis som finns i olika svårighets grad:

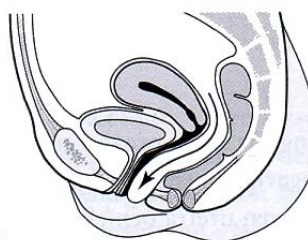
a) **Cystocele**→ Sänkning av främre vaginalväggen, dvs. väggen förslappas ned och bakom den tränger urinblåsan ned (figur 1.a)



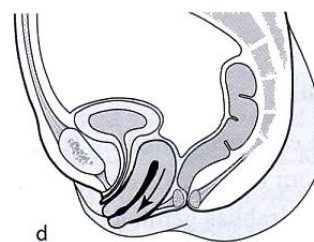
b) **Rektocele**→ Förslappning av bakre vaginalväggen som i buktar ned och bakom den trängar rektum mot vaginalmynningen (figur 1.b)



c) **Enterocoele**→ En bräckliknande nedbuktning av nedersta delen av bukhålan (Douglasii) i vaginan (figur 1.c).



d) **Totalprolaps**→ Den mest avancerade formen av prolaps där i stort sätt hela uterus inklusive främre vaginalväggen ligger utanför det vaginalmynningen (figur 1.d).



Patogenes

Vaginalprolaps kan förekomma i åldern 30-35 men prolaps i uterus och rektum hör till den sena ålderdomen.

Skador i levatormuskulaturen i samband med förlossning anses vara en vanlig orsak till prolaps, men kan förekomma hos kvinnor med välutvecklade levatormuskulatur.

Diagnosen av prolaps oftast efter den kliniska bilden.

Figur 61. Olika typer av prolaps.

Behandling

- **Profylaktisk**

God omhändertagande av kvinnan under graviditeten, förlossning och puerperiet i förebyggande syfte. Instruktioner om träningen av bäckenbottenmuskulaturen.

- **Konservativ**

Vid prolapsbesvär inleds en intensiv träning av bäckenbottenmuskulaturen genom att remittera patienten till en kunnig sjukgymnast under 6-7 behandlingar.

Systemisk hormonell behandling (HRT) med östrogen vid uttalad prolaps saknar ett signifikant resultat därför är den omdiskuterat.

Lokal hormonell behandling (kräm) däremot har bra resultat vid behandling av lättare prolaps hos äldre kvinnor med atrofiska vaginalslemhinnor.

Faktaruta 1.

Val av behandling vid prolaps- och urininkontinensbesvär varierar starkt eftersom gränsen mellan vad som kan accepteras som en normal variant och vad som måste anses som patologiskt kan vara svårt att fastställa.

- **Ringbehandling**

Bör testas i första hand framför för kvinnor som har kontraindikationer för ett kirurgiskt ingrepp exempelvis hjärtkärlsjukdomar och obesitas. Plastringar finns i olika storlekar och former, kan i vissa fall appliceras i öppenvården, eller ges till patienten som kan själv sätta in den och plocka den bort med jämna mellan rum för att minimera risk för sårbildning. I de flesta fall kräver specialist besök för val av rätt ring och insättning eller byte. Ett återbesök efter 2-3 månader efter första ringinsättningen.

Ringbehandling kan kombineras med lokal hormon behandling, *Vegifem*[®]-östrogen- som appliceras mellan ringen och portio.

- **Kirurgisk**

Vid uttalade besvär av prolaps som inte kan åtgärdas på ett konservativt sätt. I många fall gör man en främre *rafi* plus amputation av cevix.

Vid större rektocoele eller enterocele → *bakre plastik*.

Har kvinnan både cystocoele och urininkontinens (vanligen stressinkontinens) kan både opereras samtidigt med *Manchesterplastik* som kortats med att cervix förkortas samt skapa ett stödplatta under uretra som håller uppe

genom att öppna slemhinnorna i främre vaginalväggen och sy ihop vävnaden (fascia eller muskelplatta) under blåsan.

OBS! Det finns cirka 10 % risk för urininkontinens efter en kirurgisk behandling av en prolaps på grund av den dolda ansträngningsinkontinensen (se [inkontinens avsnittet](#)).