

مقایسه دو روش جراحی IVS خلفی و ساکروکولپوپیکسی شکمی: بیماران مبتلا به پرولاپس واژن

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۴/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۹/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: روش ساکروکولپوپیکسی شکمی روش استاندارد طلایی جهت ترمیم پرولاپس واژینال است و روش IVS خلفی یک روش جدید با تهاجم حداقل است. در این مطالعه هدف مقایسه تأثیر، کارایی و مخاطرات این دو روش جراحی بوده است. **روش بررسی:** در این مطالعه ۵۱ بیمار که بین سال‌های ۸۳-۱۳۸۰ در بیمارستان ولیعصر تحت جراحی قرار گرفته‌اند، وارد مطالعه گردیدند که از این تعداد ۲۶ نفر تحت جراحی Posterior Intera Vaginal Slingplastiy (گروه اول) و ۲۵ نفر مورد عمل ساکروکولپوپیکسی شکمی (گروه دوم) قرار گرفتند. متغیرهای مورد نظر ابتدا از پرونده بستری بیمار استخراج و اطلاعات کامل‌کننده بعدی با پی‌گیری دو ساله بیماران و دعوت از آنها جهت مراجعه و معاینه به‌دست آمده است. **یافته‌ها:** عوارض حین عمل در یک نفر (۴٪) از گروه دوم گزارش شده بود در حالی که هیچ‌یک از بیماران گروه اول عارضه حین عمل نداشتند که تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از نظر عوارض کوتاه‌مدت (تب و دیستاسیون شکمی) پس از عمل در ۳۶٪ از گروه دوم وجود داشت در حالی که در هیچ موردی از گروه اول دیده نشد. ($p=0/001$). از لحاظ عوارض طولانی‌مدت (عدم کارایی مش) پس از عمل در ۷/۷٪ از گروه اول و هیچ موردی از گروه دوم مشاهده شد. از لحاظ میزان عود در سه نفر (۱۲٪) از گروه دوم مشاهده شد در حالی که در گروه اول عود وجود نداشت ($p=0/11$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به کوتاه بودن مدت زمان عمل و عوارض کم و پاسخ به درمان مناسب در روش جراحی IVS خلفی و نیز میزان رضایت‌مندی بیماران این روش به‌عنوان روشی جایگزین در جراحی پرولاپس مطرح می‌شود.

کلمات کلیدی: IVS خلفی، ساکروکولپوپیکسی شکمی، پرولاپس واژن.

زینت قنبری^{۱*}، طاهره افتخار^۱
شیرین گودرزی^۱
بهاره حاجی براتعلی^۲
سید علی بشیری^۳، مامک شریعت^۴

۱- گروه زنان و زایمان

۲- پزشک عمومی

مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر

۳- پزشک عمومی

۴- گروه بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات

سلامت مادر- جنین- نوزاد

دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، مجتمع
بیمارستان امام خمینی، کدپستی ۱۴۱۹۴

تلفن: ۶۶۹۳۹۳۲۰

email: drz_ghanbari@yahoo.com

مقدمه

شرح داده شده است. از جمله این روش‌ها ساکروکولپوپیکسی Sacral colpopexy می‌باشد که به‌علت میزان موفقیت در درمان و نیز توانایی در بازسازی واژن در موقعیت آناتومیک نرمال روش استاندارد طلایی محسوب می‌شود. ولی این روش برای هر بیمار مبتلا به پرولاپس قله واژن ایده‌آل نمی‌باشد.^۱ از جمله عوارضی که می‌توان برای این روش برشمرد عبارتند از عفونت مجاری ادراری (شایع‌ترین عارضه گزارش شده)، عفونت زخم، هماتوم و گسیختگی سطحی و عوارضی مانند پروکتوتومی proctotomy، انترتومی enterotomy، سیستوستومی cystostomy و نیز صدمه به حالب خونریزی پری ساکرال هر چند به‌طور ناشایع یکی از نگران‌کننده‌ترین مخاطرات حین عمل است. نیاز به عمل مجدد به‌علت پرولاپس ارگان لگنی مراجعه یا جدید و یا درمان بی‌اختیاری استرسی پایدار یا جدید از دیگر مسائل پیش روی

با افزایش طول عمر بانوان اختلالات کف لگن شیوع بیشتری یافته و به یک معضل اجتماعی بهداشتی تبدیل شده است. پرولاپس Prolapse تقریباً ۵۰٪ زنان بالای ۵۰ سال را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۱ ریسک جراحی در طول عمر به‌منظور ترمیم پرولاپس لگن یا بی‌اختیاری ۱۱٪ تخمین زده شده است و میزان عمل مجدد به‌علت شکست در ترمیم اولیه ۲۹٪ می‌باشد.^۲ پرولاپس که همان جابه‌جایی یکی از ارگان‌های لگنی از محل طبیعی به سمت جلو یا پایین می‌باشد دارای علایمی همچون احساس فشار و یا بیرون زدگی غیرعادی از واژن، کم‌رود و احساس سنگینی می‌باشد.^۳ هدف از جراحی بازسازی کننده لگن در پرولاپس، بازسازی آناتومی، تداوم عملکرد احشایی و تداوم عملکرد جنسی است. روش‌های مختلفی برای آویزش قله واژن

انجام می‌شد. آزمون‌های آماری همسان بودن دو گروه را از نظر عوامل زمینه‌ای تایید کردند. سطح معنی‌داری ۰/۹۵ و توان مطالعه ۰/۸۰ نیز برآورد شد. از آنجا که زمان انجام یکسان نبود و روش جراحی و وسیله به‌کار رفته نیز متفاوت بود لذا نمی‌توانستیم مطالعه را کور نماییم، اما کارشناس آمار که تحلیل‌ها را انجام داد از گروه‌بندی‌ها بی‌اطلاع بود. لازم به ذکر است این مطالعه به تایید علمی و اخلاقی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسیده است. کلیه بیماران نیز آگاهانه و داوطلبانه رضایت‌نامه کتبی را امضا کرده‌اند. روش جراحی نیز عیناً بر مبنای مطالعات مرجع انجام شد. کلیه این بیماران از نظر عدم وجود بیماری‌زمینه‌ای مثل دیابت، اختلال عملکرد کلیوی، فشارخون، بیماری نورولوژیک، بیماری موسکولواسکتال و هر گونه اختلالی که منجر به افزایش فشار داخل شکمی شود مانند برونشیت مزمن بررسی گردیدند. بیماران تحت مطالعه در فواصل شش ماهه، یک و دو ساله پی‌گیری شده و اطلاعات آنها ثبت گردیده است. پی‌گیری شش ماهه و یک‌ساله با استفاده از پرسشنامه‌های تهیه شده در پرونده بیماران انجام گرفت و در پی‌گیری دو ساله با استفاده از تماس تلفنی و نامه بیماران به بیمارستان دعوت شده و مجدداً با استفاده از پرسشنامه طراحی شده اطلاعات جمع‌آوری گردیده است. خوشبختانه کلیه بیماران منتخب برای این طرح در پیگیری‌ها مراجعه کردند و هیچ نمونه‌ای را از دست ندادیم. داده‌های جمع‌آوری شده شامل اطلاعات زمینه‌ای، مشخصات دموگرافیک، پیامد جراحی اعم از عوارض کوتاه‌مدت مانند خونریزی و پرفوراسیون، همچنین عوارض بلند مدت مانند عدم کارایی مش و عود پرولاپس، و رضایتمندی مشتری نسبت به جراحی در مقایسه با وضعیت قبلی بر اساس نظر خود بیمار (مقایسه قبل با بعد توسط خود فرد)، بودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۲ ذخیره شده و توسط آزمون‌های آماری χ^2 و مک نیماز تجزیه و تحلیل شدند. مقادیر $p < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

تعداد کل بیماران تحت بررسی ۵۱ نفر بوده که ۵۱٪ (۲۶ نفر) تحت جراحی post IVS و ۴۹٪ (۲۵ نفر) تحت جراحی ساکروکولوپیکسی شکمی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران گروه اول (post IVS) 65 ± 8 سال (۸۱-۴۸ سال) و میانگین سنی بیماران گروه دوم (ساکرو-

بانوانی است که تحت این نوع جراحی قرار می‌گیرند.^۴ Posterior Intera Vaginal Slingplasty (posterior IVS) روشی است با تهاجم حداقل برای درمان پرولاپس قله واژن که تقریباً سرپایی می‌باشد و پوستریور اینفراکوکسی ژنرال ساکروپیکسی نیز نامیده می‌شود. این روش جراحی کوچک با طول مدت ۲۰-۱۵ دقیقه است که می‌توان تحت بی‌حسی موضعی یا ناحیه‌ای نیز آن را انجام داد. اغلب بیماران درد کمتری را نسبت به بیمارانی که تحت سایر روش‌های جراحی قرار گرفته‌اند، تجربه می‌کنند. از دیگر مزایای این روش می‌توان به کاهش ریسک آسیب عصبی اشاره نمود. زودرس‌ترین عارضه‌های گزارش‌شده، زخم شدگی و پس‌زدن گرفت بوده است که تغییر جنس آن از نایلون به پلی پروپیلن این عوارض را کاهش داده است. هر چند این روش جراحی مطمئن و ایمن به‌شمار می‌رود می‌تواند به مشکلاتی از جمله خونریزی، عفونت مش، پس زده شدن مش، زخم شدگی، آسیب به روده‌ها یا رحم، ایجاد بافت اسکار در واژن و در دو عود زودرس همراه باشد.^۱ با توجه به مسائل مختلف پیش روی بیمارانی که تحت عمل ترمیم پرولاپس قرار گرفته‌اند از جمله میزان بهبود و رضایتمندی بیمار و شکست جراحی، عود پرولاپس و یا ایجاد پرولاپس جدید و عوارض مختلف حین و پس از عمل، در این مطالعه به مقایسه تأثیر، کارایی و مخاطرات بالقوه دو روش جراحی posterior IVS (ترانس واژینال) و ساکروکولوپیکسی (که از طریق شکم انجام می‌شود) پرداخته شده است.

روش بررسی

در این مطالعه کارآزمایی بالینی آینده‌نگر که در بیمارستان امام‌خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌منظور مقایسه دو روش و تکنیک انجام گرفت، مبتلایان به پرولاپس کاف واژن و پرولاپس‌های درجه ۳ و ۴ واژینال که در فاصله سال‌های ۸۳-۱۳۸۰ به درمانگاه زنان بیمارستان مراجعه نمودند در دو گروه ۲۵ و ۲۶ نفری به‌ترتیب تحت جراحی posterior IVS و ساکروکولوپیکسی قرار گرفتند. از آنجا که مش و tape لازم برای روش posterior IVS در ایران موجود نبود و بسیار گران نیز بود، شرکت سازنده تعداد محدودی را در یک زمان در اختیار ما قرار داد لذا ۲۶ مورد کاندید در یک زمان تحت این روش جراحی شدند و با ۲۵ موردی که قبلاً به‌روش روتین جراحی شده بودند مقایسه گردیدند. این اولین باری بود که این تحقیق در ایران

جدول-۳: نتایج مقایسه علایم بیماران در دو گروه جراحی بعد از درمان

علایم	IVS خلفی		p*
	بعد از درمان	ساکروکولوپوئیکسی بعد از درمان	
درد لگنی	۳(٪۱۱/۵)	۳(٪۱۲)	۰/۶۶۵
بی‌اختیاری استرسی ادرار	۰	۱(٪۴)	۰/۴
Urgency	۳(٪۱۱/۵)	۳(٪۱۲)	۰/۶۶۵
Nocturia	۱(٪۳/۸)	۱(٪۴)	۰/۹۹

* test χ^2 p<۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد

جدول-۴: بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران پس از جراحی در دو روش جراحی

وضعیت رضایت‌مندی	گروه IVS خلفی		گروه ساکروکولوپوئیکسی
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
خیلی راضی	۲۵(٪۹۶/۲)	۲۰(٪۸۰)	
به‌طور نسبی راضی	۱(٪۳/۸)	۲(٪۸)	
ناراضی	۰	۳(٪۱۲)	

اداراری داشتند. در مجموع ۲۰ نفر از گروه اول (٪۷۶/۹) و ۱۸ نفر از گروه دوم (٪۷۲) دارای سابقه مشکلات ادراری بوده‌اند که از این نظر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (p=۰/۸۶۷). در مورد عوارض حین عمل در گروه اول هیچ موردی از عوارض گزارش نشده است ولی در گروه دوم در یک مورد (٪۴) خونریزی بیش از ۵۰۰cc به‌عنوان عارضه جراحی گزارش شده است که تفاوت معنی‌داری از این نظر بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۴۹). از لحاظ عوارض کوتاه‌مدت پس از عمل در گروه اول عارضه‌ای دیده نشد ولی در گروه دوم در ۹ نفر (٪۳۶) عوارض مانند تب و دیستانتیون شکمی مشاهده شد که از این نظر دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند (p=۰/۰۰۱). در مورد عوارض طولانی‌مدت (عوارض tape و مش) در گروه اول در دو مورد (٪۷/۷) عارضه دیده شد در حالی‌که در گروه دوم در هیچ‌یک از بیماران عارضه‌ای یافت نشد که از این لحاظ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۴۹). میانگین مدت زمان جراحی در گروه اول ۳۰/۴ دقیقه (۴۰-۲۰ دقیقه) در حالی‌که در گروه دوم میانگین زمانی ۱۷۳/۸ (۳۰۰-۹۰ دقیقه) بود که از این نظر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱). از لحاظ پاسخ به درمان پس از جراحی نتایج به‌دست آمده در مقایسه با قبل، در هر گروه، در جدول ۲ آورده شده است. به غیر از درد لگنی سایر موارد بعد از جراحی به نسبت قبل بهبود معنی‌داری در هر

جدول-۱: بررسی سابقه مشکلات ادراری در بیماران post IVS و ساکروکولوپوئیکسی

سابقه	post IVS		p*
	تعداد (درصد)	ساکروکولوپوئیکسی تعداد (درصد)	
درد لگنی	۱۰(٪۳۸/۵)	۱۴(٪۵۶)	۰/۲۱
بی‌اختیاری استرسی	۱۵(٪۵۷/۷)	۱۰(٪۴۰)	۰/۹
Urgency	۱۷(٪۶۵/۴)	۱۰(٪۴۰)	۰/۰۶
Nocturia	۱۰(٪۳۸/۵)	۷(٪۲۸)	۰/۴

* test χ^2 p<۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد

جدول-۲: مقایسه پیامد جراحی قبل و بعد از درمان در دو گروه جراحی

پیامد	IVS		ساکروکولوپوئیکسی	
	قبل	بعد	قبل	بعد
درد لگنی	۱۰(٪۳۸/۵)	۳(٪۱۱/۵)	۱۴(٪۵۶)	۳(٪۱۲)
بی‌اختیاری استرسی ادرار	۱۵(٪۵۷/۶)	۰	۱۰(٪۴۰)	۱(٪۴)
urgency	۱۴(٪۵۳/۸)	۳(٪۱۱/۵)	۱۰(٪۴۰)	۳(٪۱۲)
Nocturia	۱۰(٪۳۸/۴)	۱(٪۳/۸)	۷(٪۲۸)	۱(٪۴)

* تست مک نیمار p<۰/۰۵ معنی‌دار می‌باشد

کولوپوئیکسی) ۷±۵۷/۸ سال (۷۶-۳۸ سال) بود. میانگین تعداد زایمان بیماران در گروه اول ۱±۶/۲۷ و در گروه دوم ۰/۹±۵/۷۲ بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (p=۰/۵۱۸). از بین ۲۶ بیمار گروه اول ۱۶ مورد (٪۶۱/۵) سابقه جراحی لگنی قبلی نداشتند و ۱۰ مورد (٪۳۸/۵) دارای چنین سابقه‌ای بودند. در حالی‌که از ۲۵ بیمار گروه دوم ۱۳ مورد (٪۵۲) سابقه جراحی نداشتند و ۱۲ مورد (٪۴۸) دارای سابقه جراحی لگنی قبلی بوده‌اند که از این حیث تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. (p=۰/۴۹۲) متوسط سن یائسگی در گروه اول ۴۸/۷۹ سال بود در حالی‌که دو نفر از ۲۶ بیمار (٪۷/۷) هنوز یائسه نشده بودند. در گروه دوم ۱۷ نفر (٪۶۸) یائسه شده بودند و هشت نفر (٪۳۲) هنوز به سن یائسگی نرسیده بودند. هیچ‌یک از ۵۱ بیمار سابقه هورمون درمانی جایگزینی (HRT) نداشتند. سابقه مشکلات ادراری بیماران از جمله موارد مورد بررسی بود که خلاصه آن در جدول ۱ آورده شده است. دو گروه از نظر سوابق با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند. (برخی بیماران همزمان بیش از یک مشکل

پس از عمل و ترمبوز وریدهای عمقی یا آمبولی ریوی هم در بیماران مشاهده شده است.^۴ در مورد عوارض طولانی در مطالعه فعلی تفاوتی بین دو روش جراحی وجود نداشت. در مطالعه Nygaard پس‌زدگی نوار در IVS خلفی در ۱۰٪ بیماران درمان شده با نوار نایلون مشاهده شده است ولی در هیچ‌یک از ۴۴ بیماری که جنس نوار مورد استفاده در آنها پلی پروپیلن بوده اتفاق نیفتاده است.^۹ در سایر مطالعات tape erosion در IVS خلفی در پنج مطالعه ذکر شده که میزان آن از ۱٪ تا ۵٪ متفاوت بوده است.^{۱۰، ۱۱} میانگین مدت زمان عمل به‌طور معنی‌داری در گروه IVS خلفی کوتاه‌تر از گروه ساکروکولوپکسی می‌باشد متوسط مدت زمان عمل IVS خلفی در مطالعه Fransworth ۶۰ دقیقه^۹ در مطالعه Meschia ۵۸ دقیقه^۸ و در مطالعه Moore کمتر از ۱۵ دقیقه ذکر شده بود. در مطالعه فعلی از لحاظ پاسخ به درمان درد لگنی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است و نیز بهبودی بی‌اختیاری استرسی ادراری، (nocturia, urgency) بعد از جراحی در دو گروه مشابه بوده است. مطالعه Riva میزان بهبود بی‌اختیاری استرسی ادرار در گروه IVS خلفی ۶۱٪ گزارش شده است^۷ که با آمار ۱۰۰٪ در این مطالعه قابل مقایسه است. همچنین پاسخ به درمان Urgency در مطالعه فعلی ۷۸/۶٪ بوده است که در مطالعه Nygaard این میزان ۷۹٪ بوده است.^۴ ۹۰٪ بیماران مورد مطالعه ما که تحت جراحی IVS خلفی قرار گرفته‌اند و دارای ناکچوری بوده‌اند بهبود یافته‌اند که در مطالعه Nygaard این میزان ۸۲٪ و در مطالعه Riva ۷۰٪ بوده است.^{۷، ۴} از مهمترین مسائل مورد بررسی در این پژوهش عود پرولاپس و شکست درمان بوده است که در هیچ‌یک از بیماران گروه اول رخ نداد. در دو مطالعه case-series نسبت بیماران درمان شده پس از جراحی IVS خلفی بدین ترتیب بوده است که در مطالعه اول پس از دوره پی‌گیری ۱۲ ماهه ۹۱٪ و در مطالعه دیگری پس از پی‌گیری ۱۰ ماهه ۹۲٪ گزارش شده است.^{۹، ۶} در مطالعه Petros پس از یک پی‌گیری دو ساله در روش IVS خلفی عود مجدد پرولاپس قله واژن ۶/۲٪، پرولاپس دیواره قدامی در ۱۸/۸٪ و رکتوسل پارشیل در ۴/۷٪ موارد گزارش شده است.^۵ عود پرولاپس در گروه دوم در ۱۲٪ موارد رخ داد که تفاوت معنی‌داری با گروه اول مشاهده نشده است. میزان موفقیت روش ساکروکولوپکسی در سایر مطالعات وقتی به‌صورت فقدان پرولاپس آپیکال تعریف می‌شد بین ۷۸ تا ۱۰۰ درصد بود و زمانی که به‌صورت فقدان هر گونه پرولاپس تعریف شد به ۵۸ تا

دو گروه نشان دادند. درد لگنی فقط در گروه IVS بهبود معنی‌داری داشت. مطابق نتایج ارائه شده از نظر درمان درد لگنی، urgency، Nocturia و بی‌اختیاری استرسی ادرار تفاوت معنی‌داری بین دو گروه پس از جراحی دیده نشد (جدول ۳). مهمترین مسئله در پی‌گیری طولانی‌مدت بیماران عود پرولاپس می‌باشد که در گروه اول هیچ موردی از عود پرولاپس مشاهده نشد ولی در گروه دوم سه نفر (۱۲٪) طی دوره پی‌گیری دچار عود پرولاپس شدند که از لحاظ عود بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۱۱). در جدول ۴ نتایج حاصل از میزان رضایتمندی بیماران پس از جراحی در دو روش با پی‌گیری دو ساله برآورد شد. تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان رضایتمندی بیماران در دو گروه جراحی مشاهده نشد (p=۰/۱۱).

بحث

در بیماران مورد بررسی در این مطالعه هیچ موردی از عوارض حین عمل گزارش نشده است. در تحقیقات مشابه از لحاظ عوارض حین عمل IVS خلفی در مطالعه Petros, Hinoul^{۵، ۶} پروفوراسیون رکتوم بین ۳-۱۰٪ موارد گزارش شده است. در مطالعه Riva به یک مورد انتقال خون حین جراحی اشاره شده است.^۷ در روش ساکروکولوپکسی شکمی در مطالعه فعلی یک مورد (۴٪) عارضه حین عمل به‌صورت خونریزی بیش از ۵۰۰ ml گزارش شد. در سایر پژوهش‌ها خونریزی massive یا نیاز به انتقال خون یا هر دو در ۴/۴٪ موارد رخ داده است.^۴ سایر عوارض حین عمل که در مطالعه Nygaard به آن اشاره شد شامل سیستوتومی یا پروکتوتومی در ۳/۱٪، انتروتومی یا پروکتوتومی در ۱/۶٪ موارد و صدمات حالب در ۱٪ موارد می‌باشد. در مطالعه حاضر در خصوص عوارض کوتاه‌مدت پس از عمل (تب و دیستانسیون شکمی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. در سایر مطالعات بررسی مشابهی که به مقایسه دو روش پردازد وجود نداشت ولی در مطالعاتی که به بررسی IVS خلفی پرداخته شده است عوارض کوتاه‌مدت زیر مشاهده شده است: درد پارارکتال و آبسه پارارکتال در ۹ و ۳٪ موارد،^۸ درد پس از عمل، عفونت در نتیجه نکروز بافتی^۵ احتباس ادراری بیش از سه روز و هماتوم لگنی.^{۷، ۹} شایع‌ترین عارضه جراحی ساکروکولوپکسی در سایر مطالعات عفونت مجاری ادراری بوده است که متوسط آن ۱۰/۹٪ موارد گزارش شده است. مشکلات زخم مانند عفونت هماتوم و ایلتوس

درجه ۳ و ۴ در ۲۹٪ بیماران دیده شده است که در این مطالعه این روش به عنوان یک روش موفق ذکر شده است.^{۱۵} اگرچه روش ساکروکولوپوکسی شکمی روش استاندارد طلایی ترمیم پرولاپس به شمار می‌رود ولی این روش کم و بیش دارای عوارضی است. از سوی دیگر روش IVS خلفی که رویکرد ساده‌تری دارد جایگزین مناسب درمانی می‌باشد. چنانچه از این مطالعه بر می‌آید روش IVS خلفی علی‌رغم سادگی روش، سرپایی بودن و تهاجم حداقل و زمان کمتر جراحی دارای نتایج درمانی تقریباً مشابهی بر روی علائم بیمار بوده و از نظر میزان عود نیز مشابه با روش پیچیده و زمان بر ساکروکولوپوکسی شکمی می‌باشد. همچنین رضایتمندی بیماران از درمان در دو شیوه تقریباً برابر است، از این رو روش IVS خلفی می‌تواند به عنوان یک روش مناسب جراحی جهت ترمیم پرولاپس مدنظر جراحان زنان قرار گیرد. تحقیقات بیشتر به خصوص با پی‌گیری طولانی‌تر بیماران، مقایسه این دو روش با سایر گزینه‌های درمانی و با تعداد بیشتر بیماران و ترجیحاً به صورت RCT مفید می‌باشد.

۱۰۰ درصد می‌رسید.^۴ در مطالعه Hilgar تعداد موارد شکست در طی متوسط ۱۳/۷ سال پی‌گیری ۱۰ نفر (۲۶/۳٪) گزارش شده است.^{۱۲} Kim در مطالعه‌ای، پس از جراحی ۱۰۳ بیمار مبتلا به پرولاپس به روش IVS خلفی به طور متوسط ۱۲ ماه بیماران را پی‌گیری کرده و مشاهده کرد که ۸۹/۲٪ بیماران بهبود داشته‌اند و تنها یک مورد (۱/۲٪) دچار اروژن واژن به علت Sling شده است و به عنوان یک روش مطمئن و کارآمد معرفی شده است.^{۱۳} Baessler در مطالعه‌ای بیان کرد که از ۱۳ بیمار تحت عمل IVS خلفی در سه مورد عفونت مش و در ۱۰ مورد دیس پارونی و سندرم درد ایجاد شده است که در همه ۱۳ مورد منجر به خروج مش گردیده است که به طور متوسط خروج مش ۲۴ ماه پس از جراحی بوده است و به همین دلیل در این مطالعه در خصوص عوارض مش‌های صناعی به جراحان هشدار داده است.^{۱۴} در مطالعه Jordan، ۴۲ بیمار به روش IVS خلفی جراحی شدند که یک مورد پرفوراسیون رکتوم گزارش شده است. کلیه بیماران به طور متوسط ۱۳ ماه پی‌گیری شدند و عود از نوع پرولاپس

References

- Moore RD, Miklos JR, Francis SL, Vardy MV. Management of vaginal vault prolapse: surgical options. *OBG Management*. 2004; 16: 21-2.
- Rock J, Jores W. *Telinde's Operative Gynecology*. 9th ed Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- Bere KJ. *Novak's Gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
- Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 805-23.
- Petros PE. Vault prolapse II: Restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy, an axial day-case vaginal procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12: 296-303.
- Hinoul P, Smajda S, de Jouge E. Translevator posterior intravaginal slingplasty: short term date on 85 potients. Joint Meeting of the International Continence society and the International Urogynecological Association. 34th Annual Meeting, Paris, 2004.
- Riva D, Dati S, Zanni G. Posterior IVS (infracoccygeal Sacropexy I.C.S) in the treatment of vaginal apex. Joint Meeting of the International continence society and the International urogynecological Association. 34th Annual meeting, Paris, 2004.
- Meschia M, Gattei U, Pifarotti P. Randomized comparison between infracoccygeal sacropexy (Posterior IVS) and Sacrospinous fixation in the management of vault prolapse. Joint Meeting of the International Continence Society and the International Urogynecological Association. 34th Annual Meeting, Paris, 2004.
- Farnsworth BN. Posterior intravaginal slingplasty (infracoccygeal sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse--a preliminary report on efficacy and safety. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 4-8.
- Fransworth B. Intravaginal slingplasty-a survey of tape related complications in current practice. International Continence Society Annual Meeting, Florence, 2003
- Lim YN, Rane A. Suburethral vaginal erosion and pyogenic granuloma formation: an unusual complication of intravaginal slingplasty (IVS). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15: 56-8.
- Hilger WS, Poulson M, Norton PA. Long-term results of abdominal sacrocolpopexy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1606-10.
- Kim JC, Chung BS, Choi JB, Lee JY, Lee KS, Park WH, et al. A safety and quality of life analysis of intravaginal slingplasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18: 1331-5.
- Baessler K, Hewson AD, Tunn R, Schuessler B, Maher CF. Severe mesh complications following intravaginal slingplasty. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 713-6.
- Jordaan DJ, Prollius A, Cronjé HS, Nel M. Posterior intravaginal slingplasty for vaginal prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 326-9.

Posterior Intravaginal Slingplasty *versus* Abdominal Sacrocolpopexy for the treatment of vaginal prolapse

Received: June 23, 2008 Accepted: December 11, 2008

Abstract

Ghanbari Z.^{1*}
Eftekhar T.¹
Goodarzi Sh.¹
Haj Baratali B.²
Bashiri S A.³
Shariat M.⁴

1- Department of Obstetrics &
Gynecology
2- General Physician

Vali-e-Asr Reproductive Health
Research Center

3- General Physician
4- Maternal-Fetal-Neonatal, Health
Research Center

Tehran University of Medical
Sciences

Background: The abdominal sacrocolpopexy is the gold standard method of vaginal prolapse correction and posterior intra- vaginal slingplasty (posterior IVS) is a newer procedure with minimal invasion. This study is going to compare the effectiveness and complications of these two surgical methods.

Methods: In this study, 51 patients with prolapse admitted to vali-e-asr Hospital of Tehran University of medical science were evaluated during years 2001-2004. 26 patients were operated by posterior IVS method (the first group) and 25 of them had undertaken sacrocolpo-pexy (the second group). Data were primarily gathered from patients' folder and further complimentary information were achieved by two years follow-up and inviting patients to interview or exam.

Results: Eighty percent of women with abdominal sacrocolpopexy were cured compared to 96.2 percent with posterior IVS. Surgery complications was reported in one patient (4%) of second group while none of patients in first group experience this and the difference was not statistically meaningful. Short-term post surgical complications (hemorrhage-perforation fever and abdominal distention) were also negative in first group (posterior intra vaginal slingplasty) but these problems such as fever and abdominal distention were positive in 36% of second group (abdominal sacrocolpopexy) which was evidently statistically meaningful ($p=0.001$). Long- term post surgical complication (tape and mesh disfunction) were seen in 7.7% of first group while none of second group patients showed these complications.

Conclusion: According to shorter operating time, lower complications and efficient response to therapy in posterior IVS method, it can be an alternative in prolapse surgery it is preferred in elderly patients with medical problems.

Keywords: Posterior IVS, abdominal sacrocolpopexy, vaginal prolapse.

* Corresponding author: Vali-e-asr
Reproductive Research Center, Imam
Khomeini Hospital, Keshavarz Blvd.,
Tehran, IRAN
Tel: +98-21-66939320
email: drz_ghanbari@yahoo.com