

Prolapsus uteri ile epidemiyolojik faktörlerin ilişkisi: beş yıllık vakaların retrospektif analizi

Relationship between prolapsus uteri and epidemiological factors: retrospective analysis of five year cases

Yeniçel A Ö Ergenoğlu A M

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Bornova - İZMİR

Özet

Amaç: Prolapsus uteri tanılı hastalarda epidemiyolojik faktörlerin prolapsusun şiddeti ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem ve Gereç: 2004-2009 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvuran ve prolapsus tanısı almış 235 olgu retrospektif olarak taranarak epidemiyolojik ve klinik veriler elde edildi. Total prolapsuslu 36 olgu çalışma grubunu oluştururken, çeşitli derecelerde prolapsusa sahip geri kalan olgular (n=199) kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmamızda 36 total prolapsuslu olgu çalışma grubunu ve diğer 199 hasta da kontrol grubunu oluşturdu. Klinik korelasyonlar yaş, parite, pelvik operasyon öyküsü, sezaryen öyküsü, reproduktif süre ve sigara öyküsünü içermekteydi.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması 66,75 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 59,84 idi. Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı olarak daha ileri bulundu ($p<0,05$). Reproduktif süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ve sırası ile çalışma grubunda 34,63 ve kontrol grubunda 34,55 bulundu. Parite açısından ise çalışma grubu hastalarının ortalaması 3 ve kontrol grubundaki hastaların ortalaması 2 olarak bulundu. Pariteye göre iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı fakat olgular grand multiparite açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde çalışma grubundaki hastaların paritesi daha fazla bulundu ($p<0,05$). Çalışma ve kontrol grupları arasında pelvik operasyon öyküsü ve sezaryen ile doğum sıklığı açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p> 0.05$).

Sonuç: İleri yaş ve Grand- multiparite total prolapsus için predispozan faktörlerdir. Kesin sonuçlar için geniş ölçekli ve tüm prolapsus derecelerinin sınıflandırıldığı hasta gruplarından oluşan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Pelvik organ prolapsusu, yaş, grand-multiparite.

Summary

Aim: To investigate the relationship between the degree of prolapsus uteri and epidemiological factors.

Material and Methods: 235 patients who admitted to Ege University School of Medicine Obstetrics and Gynecology clinic between 2004- 2009 with the diagnose of prolapsus uteri were investigated about epidemiologic and clinical parameters. 36 cases with total prolapsus were study group whereas the rest with variable degree of other stages were control group (n=199). Clinical correlations were age, parity, previous pelvic operation, previous cesarean section, reproductive period and smoking.

Yazışma Adresi:Ahmet Özgür YENİEL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Bornova-İZMİR

Makalenin Geliş Tarihi: 12.10.2009 Kabul Tarihi:17.11.2009

Results: The ages were mean 66.75 in the study group whereas it was mean 59.84 in the control group. The mean age was statistically significant higher in the study group ($p < 0.05$). The mean reproductive period was 34.63 years in the study group, whereas it was mean 34.55 in the control group. There was no statistically significant difference about reproductive period between two groups. The mean parity was 3 in the study group whereas it was mean 2 in the control group. There was no significant difference about parity between both groups ($p > 0.05$), however the number of grand-multiparous women were significantly higher in the study group ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between both groups about the number of previous pelvic operations and previous cesarean sections ($p > 0.05$).

Conclusion: Aging and grand-multiparity are predisposing factors for total prolapsus uteri. Studies with wide patient populations with all degrees of prolapsus are needed for accurate results.

Key Words: Pelvic organ prolapse, age, grand-multiparous.

Giriş

Pelvik organ prolapsusu pelvik organların (mesane, uterus, rektum) vagene doğru yada vagenden dışarı doğru sarkması durumudur. Pelvik taban yetmezliği nedeni ile oluşan bu durumun derecesini belirlemek için çok sayıda sınıflama bulunmakla birlikte en geçerli olanı POP-Q (pelvic organ quantification system) sınıflamasıdır (1-2).

Pelvik organ prolapsusu için %37 prevalans bildirilmekle birlikte kadınlarda yaşlanma ile birlikte %64,8'e kadar yükselen oranlar bildirilmektedir (3-6).

Literatürde pelvik organ prolapsusu için, yaş, ırk, sigara, ağır işte çalışma, parite, özellikle bu durum için yapılan histerektomi öyküsü, aile öyküsü, kollajen doku hastalığı gibi faktörler risk faktörleri olarak bildirilmektedir (1,7-11).

Pelvik organ prolapsusu son yıllarda artan yaşam beklentisi ile birlikte kadınlar için önemi artan bir sağlık problemi haline gelmiştir.

Pelvik organ prolapsusu için Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 250000 den fazla operasyon yapılmaktadır ve bu hastaların yaklaşık %30'unda yeniden ameliyat gereksinimi olmaktadır (12).

Önümüzdeki yıllarda pelvik taban hastalıkları nedeni ile uygulanacak tıbbi yardım oranlarında hızlı bir artış olacağı düşünülmektedir. Ülkemiz için ise ne kadar bir maliyet oluşturduğuna dair veri bulunmamakla birlikte artan yaşam beklentisi ve hayat kalitesini iyileştirme isteği ile birlikte önemli bir maliyet oluşturması beklenmektedir.

Materyal Metod

Kliniğimiz arşivi taranarak 2004-2009 yılları arasında total prolapsus uteri tanısı alan hastalar ile total olmayan ancak daha hafif derecede prolapsuslu olan olguların verilerine ulaşıldı. Çalışmamıza beş yıllık süre boyunca

kliniğimiz kayıtlarına giren 234 prolapsuslu olgu dahil edildi. Olguların 34 tanesi total prolapsuslu ve diğer 200 olguda evre 4 harici evrelerdeki prolapsuslu olgulardı. Bu iki grupta yer alan olgular yaş, parite, sezaryen öyküsü, reproduktif süre ve sigara öyküsü açısından değerlendirildi.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 13.0 programı kullanılarak yapıldı. Korelasyonlar için varyans analizi ve ki kare testi kullanıldı. P değeri 0,05'den küçük olduğunda istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 234 prolapsus uteri tanılı olgunun, total prolapsuslu 36' sını çalışmamıza dahil edilmiş ve total prolapsuslu olmayan ancak çeşitli derecelerde prolapsus uterili 199 olgu kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan olgular, yaş, reproduktif süre, parite, sezaryen öyküsü, sigara öyküsü gibi prolapsus etyolojisinde rol oynayan etkenler açısından yapılan değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunda yer alan olgularda en küçük 34 ve en büyük 86 yaşlarındaki olgular bulunuyordu ve yaş ortalaması bu grupta 66,75 olarak bulundu. Kontrol grubunda ise en küçük 34 ve en büyük 86 yaşlarında olan olgular çalışmada yer alırken bu gruptaki olguların yaş ortalaması 59,84 idi. Çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha ileri yaşta olguların bulunduğu saptandı ($p < 0,05$).

Hastaların ameliyat zamanına kadar adet gördüğü süreler hesaplanarak total reproduktif sürelerine ulaşıldı. Dokulara östrojen erişim süresi olarak değerlendirilen reproduktif süreler her iki grupta yer alan olgular için karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Reproduktif süre, sırası ile çalışma grubunda

34,63 ve kontrol grubunda 34,55 bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Prolapsus etyolojisinde etkili olduğu düşünölen doğum sayısı açısından her iki grup karşılaştırıldı. Buna göre çalışma grubu hastalarında ortalama 3 doğum öyküsü ve kontrol grubunda yer alan olgularda ortalama 2 doğum öyküsü olduğu saptandı. Çalışma grubunda yer alan olgulardan hiçbirisi nullipar değildi ve bu gruptaki olguların en az iki doğum öyküsü vardı. İstatistiksel olarak yapılan değerlendirmede pariteye göre iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak çalışma grubunda hiç yer almayan nulliparite öyküsü kontrol grubunda 3 olguda %1,5 sıklıkla saptandı. İki grupta yer alan olgular grand multiparite açısından değerlendirildiğinde çalışma grubundaki hastaların daha fazla sıklıkta olduğu göröldü. Sırası ile çalışma grubunda 9 olgu %25 ve kontrol grubunda 17 olgu %8,54 bulundu ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı şekilde idi. ($p < 0,05$). Çalışma ve kontrol grupları sezaryen ile doğum sıklığı açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Sezaryen ile doğum, sırası ile çalışma grubunda yer alan hiçbir olguda görölmezken (% 0), kontrol grubunda yer alan 199 olgudan 7'sinde (%3,51sıklıkta) göröldü. Sezaryen ile doğum sıklığı bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Pelvik operasyon öyküsü olan olgular için yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubunda yer alan hastalarda pelvik operasyon öyküsü 11, % 30 ve kontrol grubu hastalarında, 52 %26 idi.

Çalışma ve kontrol grubu olgularında sigara öyküsü sırasıyla, 2 olgu %5,6 sıklıkta ve 22 olgu % 11,2 sıklıkta bulundu. Yapılan istatistik değerlendirmede iki grup arasında sigara öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tartışma

Prolapsus olgularının ileri yaşlarda daha sık göröldüğü ve bu sıklığın yaş ilerledikçe arttığı bildirilmektedir (13-17). Ancak literatürde yer alan bazı çalışmalarda spontan regresyon bildirilmiştir (5-18). Dietz tarafından bine yakın prolapsuslu olgunun değerlendirildiği çalışmada prolapsusun yaşla kötüye gittiği belirtilmiş ve spontan regresyon bildiren çalışmaların başlangıç değerlendirmesinde yanlış pozitiflikler ve sonraki değerlendirmelerde yanlış negatiflikler nedeni ile söz konusu sonuçlara ulaştığı bildirilmiştir (19). Bizim çalışmamızda prolapsus şiddeti yaşla istatistiksel olarak anlamlı şekilde artıyor görünmektedir. Pelvik organ prolapsuslarında östrojen eksikliğinin rolü ile ilgili

çalışmalar bulunmaktadır (20-21). Östrojen ve progesteron reseptörü düzeyinde genetik varyasyonların prolapsus etyolojisindeki etkisini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (22-24). Bizim çalışmamızda dokulara östrojen ve progesteron etkisinin anlamlı olarak bulunduğu reproduktif süre ile prolapsus şiddeti değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Kontrol grubumuzu oluşturan olguların homojen dağılımı bu sonuç için etkili olabilir. Prolapsus olguları her derece için ayrı ayrı değerlendirildiğinde ve prolapsusu bulunmayan olgularında dahil edileceği bir çalışmada konu ile ilgili daha doğru sonuçlara ulaşılabilir diye düşünöyoruz.

Doğum sayısı ile prolapsus sıklığı ve derecesi arasında doğru orantılı bir ilişki bildiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (7-12,15). Pelvik organ prolapsusuna yatkınlık yaratan pelvik taban bozukluklarının özellikle doğum eylemi sırasında oluşan hasar sorumlu tutulmaktadır. Ve özellikle de zor doğumlar suçlanmaktadır (25). Ayrıca literatürde pelvik tabandaki hasarın büyük miktarda ilk doğumda oluştuğu ve bunu takip eden doğumlarında pelvik taban hasarına katkı yapmaya devam ettiği bildirilmektedir (16). Bir başka çalışmada da prolapsus derecesine vaginal doğumun etkisi değerlendirilmiş ve vaginal doğumun ağır prolapsuslardan çok orta dereceli prolapsuslarda daha yüksek sıklıkta etkili olduğu bulunmuş. Ancak bu çalışma incelendiğinde oldukça az sayıda ağır prolapsuslu hastanın değerlendirildiği görölmektedir (26).

Bizim çalışmamızda ise paritenin prolapsus şiddeti için istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı bulunmakla birlikte prolapsusun en şiddetli halinin, total prolapsuslu olguların yer aldığı çalışma grubunda hiç nullipar hasta bulunmuyordu ve beşten fazla doğurmuş olan olgularda (grandmultipar) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek sıklıkta total prolapsus izlendi. Literatürden farklı olarak prolapsus şiddetine ilk doğumdan çok bunu takip eden doğumların katkıda bulunuyor olması şeklinde bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Bizim olgularımızda, sezaryen doğumlar çalışma grubunda hiç bulunmuyordu ve kontrol grubu olgularında da %3,5 gibi düşük bir oranda bulunuyordu. Bize göre bizim çalışmamızda yer alan olguların tekrarlayan zor doğumlara maruziyeti grand multipar olgularda artmış prolapsus şiddetine yol açmış gibi görünmektedir.

Sezaryen olan olgularda sezaryen olmayan olgulara göre pelvik tabanın daha iyi korunduğu ve bu nedenle sezaryen olan olgularda prolapsusun daha az göröldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır (27-28). Literatürde elektif sezaryen için, koruyucu bir etkiden söz edilebileceği bildirilmiştir (29). Ancak bazı çalışmalar

pelvik tabanın korunması noktasında doğum eylemi sırasında sezaryen zamanlamasının önemine vurgu yapmaktadır. Bu çalışmalara göre aktif eylemde yapılan sezaryen pelvik taban açısından koruyucu etki göstermemektedir (30-31). Prolapsus ile ilgili ailevi yatkınlığın değerlendirildiği bir çalışmada, aile öyküsünün anlamlı olduğu ve bu şekilde değerlendirilen hastalara pelvik tabanın korunması amacı ile elektif sezaryen önerilebileceği bildirilmektedir (21). Bizim çalışmamızda iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olmamasına karşın hastalarımızda sezaryen ile doğum sıklığının azlığı dikkat çekicidir. Ve çalışma grubunda yer alan total prolapsuslu olguların hiçbirisinde sezaryen öyküsünün olmadığı görülmektedir. Buna göre olgularımızın doğum zamanlarındaki koşullar düşünüldüğünde zor doğum sıklığının yüksek olduğu ve sezaryen ile doğumun elektiften çok aktif doğum eylemi sırasında yapılmış olabileceği düşünülebilir. Literatürde sigara içen kadınlarda prolapsus sıklığının daha fazla olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (8,18-19). Bu korelasyonun sigara ve kronik obstrüktif hastalık arasındaki ilişkiden kaynaklanabileceğini değerlendiriyoruz. Ayrıca bu yayınlardan birisinde hastaların ekonomik açıdan gelir düzeyi ile prolapsus arasında ters bir korelasyon bildirilmiş ve sigara öyküsünde gelir düzeyi düşük ve daha az tıbbi bakıma erişen hastalarda daha sık olduğu bulunmuştur (8). Ancak bizim çalışmamızda sigara öyküsü ile prolapsus şiddeti arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulmadığımız gibi daha hafif olgularda daha yüksek bir sıklık bulduk.

Ülkemizde sigara alışkanlığının kadınlarda daha az olduğu ve nispeten ileri yaştaki kadınlarda daha da az olduğu dikkate alındığında bu durum bizim sonuçlarımızı açıklayabilir. Olguların değerlendirilmesinde hastalığın evrelendirilmesi ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılan güncel değerlendirme yöntemleri bu çalışmada yer alan olguların büyük bölümünde kullanılmamış olduğundan hastalığın en ağır şekli ile diğer tüm dereceler bir grupta toplanarak, iki grup karşılaştırıldı ve sunulan sonuçlara ulaşıldı. Hastalığın en ağır şeklinin tüm sınıflama yöntemlerinde aynı şekilde değerlendirileceği noktasından hareketle, standart bir biçimde değerlendirilmemiş olan hastalığın daha hafif derecelerinin bulunduğu olguları kontrol grubu olarak değerlendirdik. Bu durum kontrol grubundaki olguların homojenize bir dağılım göstermesine engel olmakla birlikte hastalığın son evresi ile bu evreye göre daha hafif klinik evreleri karşılaştırma olanağı oluşturmuştur.

Ürojinekoloji polikliniğimizde takibe alınan prolapsuslu olguları, tüm kompartmanları içerecek standart bir değerlendirmeye ve bu çalışmada arşiv kayıtlarından kaynaklanan eksiklerini de gidererek tasarladığımız geniş bir prospektif çalışmaya henüz başlamış bulunuyoruz. Bu çalışmaya ait sonuçların sunulan çalışmanın hazırlığı esnasında elde edilen deneyimin ışığında önümüzdeki yıl sonuçlanmasını bekliyoruz.

Kaynaklar

1. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic organ dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-17
2. Hall AF, Theofrastous JP, Cundiff GC, Harris RL et al. Interobserver and intraobserver reliability of the proposed International Continence Society, Society of Gynecologic Surgeons, and the American Urogynecologic Society pelvic organ prolapse classification system. Am J Obstet Gynecol 1996: 175:1467-1469
3. K.A. Gerten, A.D. Markland and L.K. Lloyd et al. Prolapse and incontinence surgery in older women. J Urol 179 2008, 2111-2118
4. Samuelsson EC, Victor FTA, Tibblin G, et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 of age and possible related factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 180: 299-305.
5. Handa VL, Garret E, Hendrix SDO, Gold E. Progression and remission of pelvic organ prolapse: A longitudinal study of menopausal women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004; 190: 27-32.
6. Scherf C, Marison L, Fiander A, Ekpo G et al. Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia West Africa 2002; 109: 431-436.
7. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC et al Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1997; 89:501-506

8. Woodman PJ, Swift SE, O'Boyle AL, Valley MT et al. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to jobdescription and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:340-345.
9. MacLennan AH, Taylor AW, DH, The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-1470
10. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, Eckford SD et al. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet* 1996; 347:1658-1661
11. Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, Meschia M et al Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 82:63-67
12. DeLancey J. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: Achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1488-1495.
13. Jelovsek J, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet* 2007; 369: 1027-1038.
14. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M et al. Pelvic organ support study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 795-806.
15. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 579-585.
16. Hendrix S, Clark A, Nygaard I, Aragaki A et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1160-1166.
17. McLennan MT, Harris JK, Kariuki B, Meyer S. Family history as a risk factor for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008 ;19 :1063-1069.
18. Baessler K, O'Neill S, Battistutta D, Maher C. Prevalence, incidence, progression and regression and associated symptoms of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2006; 17: S70.
19. Dietz HP. Prolapse worsens with age, doesn't it? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48: 587-591.
20. Norton PA. Pelvic floor disorder: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:926-938
21. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1496-1503.
22. Chen HY, Chung YW, Lin WY, Chen WC et al. Progesterone receptor polymorphism is associated with pelvic organ prolapse risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88: 835-838.
23. Chen HY, Wan L, Chung YW, Chen WC et al. Estrogen receptor beta gene haplotype is associated with pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 May;138:105-109.
24. Chen HY, Chung YW, Lin WY, Chen WC, Tsai FJ, Tsai CH. Estrogen receptor alpha polymorphism is associated with pelvic organ prolapse risk. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19: 1159-1163.
25. Gill EJ, Hurt WG. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:757-769.
26. Sze EH, Hobbs G. Relation between vaginal birth and pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88:200-203.
27. Rodrigues AM, de Oliveira LM, Martins Kde F, Del Roy CA. Castro R de A Risk factors for genital prolapse in a Brazilian population *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009 ;31:17-21.
28. Larsson C, Källen K, Andolf E. Cesarean section and risk of pelvic organ prolapse: a nested case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:243.
29. Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, et al. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. *Neurourol Urodyn* 2004;23:2-6.
30. Sze EH, Sherard GB 3rd, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;100:981-986.
31. Liebling RE, Swingler R, Patel RR, Verity L et al. Pelvic floor morbidity up to one year after difficult instrumental delivery and cesarean section in the second stage of labor: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:4-10.