

# הטיפול הניתוחי בצניחת איברי האגן

## נכתב על ידי:

ד"ר בני פיינר  
פרופ' עדי ווינטראוב  
פרופ' מנחם נוימן  
פרופ' חיים קריסי  
ד"ר רויטל ארבל  
ד"ר שמעון גינת  
ד"ר ניר חייא  
ד"ר גיל לוי  
ד"ר טליה פרידמן  
ד"ר צביקה קליין

## בשם:

החברה הישראלית לאורוגינקולוגיה וריצפת האגן  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

נייר עמדה מספר 121

מהדורה ראשונה

פברואר 2020



**ועדת הכתיבה:**

**ד"ר בני פיינר** - מרכז נייר העמדה

**פרופ' עדי ווינטראוב**

**פרופ' מנחם נוימן**

**פרופ' חיים קריסי**

**ד"ר רויטל ארבל**

**ד"ר שמעון גינת**

**ד"ר ניר חייא**

**ד"ר גיל לוי**

**ד"ר טליה פרידמן**

**ד"ר צביקה קליין**

**אושר במועצת האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה ב-30.10.2019**

השיטות המקובלות לכימות צניחת איברי האגן, הן שיטת החצאים ע"ש Baden & Walker ושיטת POPQ. לכל שיטה, יתרונות וחסרונות ייחודיים, אך שתיהן מהוות כלי ישים ומספק לשימוש קליני [3,4].

תבחין שיעול תוך דחיקה של הצניחה - שימושי כדי לזהות אי - נקיטת שתן חבוייה במאמץ (Occult stress incontinence). ניתן לבצע את הדחיקה ע"י פסרי, ספקולום, ספוגית על מחזיק ספוג או שתי אצבעות תוך הימנעות מהפעלת לחץ על השופכה.

יש לשקול ביצוע בדיקת אורודינמיקה רב - ערוצית במצבים בהם קיים פער בין תלונותיה הסובייקטיביות של המטופלת לבין מימצאי הבדיקה הגופנית (לדוגמא תסמינים המחשידים לאי - נקיטת שתן במאמץ בנוכחות תבחין שיעול שלילי), בנוכחות צניחת איברי האגן בדרגה מתקדמת (3-4) או כאשר קיים חשש שהניתוח המתוכנן עלול להחמיר פתולוגיה קיימת (לדוגמא קושי בהתרקנות שאינו על רקע חסימתי). ראה נייר עמדה בנושא אי - נקיטת שתן.

## האם לטפל ומתי

ההחלטה האם לטפל בצניחה צריכה להתקבל תוך דיון בין הרופא/ה למטופלת ועליה להישען על מספר משתנים:

- ככלל מומלץ לטפל בצניחה שהינה סימפטומטית - המטופלת חשה בבלט רקמתי בפתח הנרתיק או מעבר לו אשר מסב לה אי-נוחות, הפרעה תפקודית ופגיעה באיכות החיים [5].
- יש לשקול בחיוב לטפל גם במצבים בהם הבלט הנרתיקי אינו מהווה מטרד ישיר, אך נגרמת הפרעה משנית בתפקוד המערכות הסמוכות לדוגמא: הפרעה חסימתית בריקון צואה ו/או שתן, דלקות נשנות בדרכי השתן או הידרונפרוזיס/הידרואורטר [6].

## טיפול שמרני

קיימות דרכים לטיפול שמרני בצניחת איברי האגן, ועל הרופא להציע טיפולים אלה לאישה כחלק ממגוון האפשרויות לטיפול במצבה. הטיפולים הלא ניתוחיים בצניחת איברי האגן כוללים:

- **פיזיותרפיה אורוגניטלית לחיזוק שרירי ריצפת האגן** - (בכלל זה טיפולים הכוללים ביופידבק ואלקטרוסימוולציה) - על אף מיעוט מידע איכותי באשר ליעילות הטיפול הנ"ל, ייתכן כי יש לו מקום בדרגות הקלות (1-2) במטרה למנוע התקדמות בחומרת הצניחה. טכניקה זו מתאימה בפרט לנשים בעלות יכולת להפנים ולבצע נכונה את התרגילים ומוטיבציה להתמיד בביצועם לאורך זמן [7-9].
- **תומכן (פסרי) נרתיקי** - שיטה זו יעילה לטיפול בצניחה בנשים אשר אינן מעוניינות בטיפול ניתוחי, או שקיים לגביהן סיכון ניתוחי גבוה. אוכלוסייה נוספת העשויה למצוא בפסרי פיתרון אטרקטיבי, הן נשים צעירות בגילאי הפריורן אשר חפצות בהמשך הילודה ומעוניינות לדחות את הטיפול הניתוחי עד לתום תכנון המשפחה [10-12]. הטיפול בפסרי מחייב מעקב רפואי הדוק בנוגע לתקינות ושלמות דפנות הנרתיק [13].

צניחת איברי האגן הינה תופעה נפוצה בנשים המתבטאת בהתבלטות דפנות הנרתיק והרחם אל תוך חלל הנרתיק ולכוון פתחו. בצניחה מתקדמת נוצר בלט רקמתי אף מעבר לפתח הנרתיק. מחקרי אוכלוסייה גדולים מצאו דרגה כלשהי של צניחה ב-40 אחוז מהנשים הוולדניות שנבדקו. עם זאת, שיעור הנשים בהן הצניחה באה לידי ביטוי תסמיני הינו נמוך יותר. מידע מארה"ב מצביע על כך, שעד 20 אחוזים מהנשים תעבורנה במהלך חייהן (עד גיל 80) ניתוח לטיפול בצניחת איברי האגן או אי - נקיטת שתן [1].

נהוג לסווג את צניחת איברי האגן לפי מדורים:

- **צניחה קדמית** - מתייחסת לדופן הנרתיק הקדמי (עפ"ר התבלטות כיס השתן לכיוון חלל הנרתיק, 'ציסטוצלה').
- **צניחה אחורית** - מתייחסת לדופן הנרתיק האחורי (עפ"ר התבלטות הרקטום לכיוון חלל הנרתיק 'רקטוצלה' או לולאות מעי דק בתוך שק הפריטונאום, 'אנטרוצלה').
- **צניחה מרכזית (אפיקלית)** - מתייחסת לצוואר הרחם או לאיזור כיפת הנרתיק בנשים אשר עברו כריתת רחם.

תסמינים אופייניים הנלווים לצניחת איברי האגן, כוללים: תחושת בלט רקמתי בפתח הנרתיק, כובד או משיכה מהאגן כלפי מטה, קושי בריקון כיס השתן (היסוס במתן שתן, זרם חלש או מקוטע), קושי בהשלמת צאייה (Obstructed defecation), צריבה או שפשוף כתוצאה מהתבלטות הצניחה מבעד לשפתי הפות, דמם לדני קל או הכתמה דמית וכן, כאב גב תחתון ו/או בטן תחתונה. לעיתים קרובות נלווים לצניחה תסמינים איריטיביים (תכיפות ודחיפות במתן השתן) וכן, אי - נקיטת שתן מדחיפות או במאמץ, על אף שלא הוכח קשר של סיבה ותוצאה בין היארעות הצניחה לתסמינים הללו.

גורמי הסיכון המוכרים לצניחת איברי האגן כוללים ולדנות (בעיקר לידות נרתיקיות), יילוד מכשירני (בעיקר מלקחיים), לידת עוברים מאקרזומיים, נטייה גנטית, מוצא אתני, מנופאזה, גיל מתקדם, מחלות רקמת החיבור ומצבים הכרוכים בלחץ תוך - בטני מוגבר (עודף משקל, מחלות ריאה חסימתיות, שיעול כרוני, עצירות כרונית, תחביב או משלח יד הכרוכים בנשיאת משאות כבדים) [2].

## הערכה

ההערכה הקלינית של אישה עם צניחת איברי האגן מבוססת בעיקר על אנמנזה ועל הבדיקה הגופנית. חשוב לברר את מגוון התסמינים אותם חשה האישה ואת מידת חומרתם, את משך הזמן מאז הופעתם וכן, מידע אודות פעולת המערכות השוכנות באיזור ריצפת האגן (מערכת השתן התחתונה והמעיי הדיסטאלי). פרטים בנוגע לעבר הרפואי, הכירורגי והמילדותי, היסטוריה משפחתית רלוונטית וכן משלח יד ותחביבים מהווים מידע בעל ערך בכל הנוגע להערכת גורמי הסיכון.

את הבדיקה המכוונת יש לבצע בתנוחת ליטוטומיה, תוך שהאישה מתבקשת לבצע תרגולת ולסלבה מירבית למשך מס' שניות. כאשר קיים פער בין חומרת התסמינים כפי שמשמעת מתלונות האישה, לבין הממצא האובייקטיבי, מומלץ לבצע גם בדיקה בתנוחת עמידה.

### ההחלטה האם לנתח ובאיזו גישה תתקבל תוך דיון בין המטופלת לרופא/ה המטפל/ת. בין השיקולים שיש לקחת בחשבון בקביעת סוג הניתוח:

- גיל האישה, מצבה המשפחתי ותכניות להמשך ילודה
- מחלות רקע ומצב בריאותי לקראת הניתוח
- ניתוחים קודמים בכלל וניתוחים לשיקום ריצפת האגן בפרט
- אופי הצניחה מבחינת המדורים המעורבים ומידת חומרתה
- האם קיימת הפרעה תפקודית במערכות השונות (אי-נקיטת שתן, הפרעה בריקון כיס השתן או המעי, תסמיני תכיפות ודחיפות במתן השתן, הפרעה בקיום יחסי מין)
- האם האישה פעילה מינית ובאיזו מידה מעוניינת לשמר אפשרות לפעילות מינית בעתיד
- ציפיותיה של האישה מתוצאות הניתוח
- מיומנות המנתח בביצוע ניתוחים בגישות השונות

את הטיפול הניתוחי בצניחת איברי האגן ניתן לחלק למספר קבוצות:

1. שיטות ניתוחיות משקמות
2. שיטות חסימתיות

### 1. שיטות ניתוחיות משקמות

#### א. ניתוחים בגישה נרתיקית

1) **McCall culdoplasty** - הליך זה מבוצע לעיתים קרובות, בשילוב עם כריתת רחם נרתיקית, כמענה לצניחה בכיפת הנרתיק בהווה ולמניעת הישנות צניחה אפיקלית בעתיד. במהלכו מבוצעת תפירה של כיפת הנרתיק לגדמי הליגמנטים האוטרוסקרליים והקרדינליים ולפריטונאום האחורי באופן אשר מצר את חלל הדוגלס וייתכן כי מסייע במניעת אנטרוצלה [14, 15]. על אף השכיחות הגבוהה, הספרות הנוגעת לבטיחות ויעילות הפעולה דלה, ואינה מצביעה על הבדל משמעותי בסיכוי הכולל להישנות הצניחה בין שיטה זו לבין שיטות אחרות לקיבוע אפיקלי כגון **Sacrospinous fixation**. תוארה התקצרות של הנרתיק לאחר ההליך, אולם ללא פגיעה משמעותית בתפקוד המיני. ישנם דיווחים על שביעות רצון גבוהה של המטופלות לאחר הניתוח.

2) **Manchester operation** - ניתוח בקבוצת הניתוחים הנרתיקיים משמרי הרחם. הניתוח נועד לטיפול בצניחת הרחם וכן, במצב של התארכות סימפטומטית של צוואר הרחם בנוכחות צניחה קלה של גוף הרחם. בנייתו מבוצעת כריתה חלקית של צוואר הרחם ובהמשך ניתוק הליגמנטים האוטרוסקרליים והקרדינליים המתחברים לקיר האחורי והלטרלי של הרחם, ועיגונם לחלקו הקדמי של גדם הצוואר. בסיום הניתוח, מבוצע כיסוי של גדם הצוואר ע"י רירית הנרתיק. לניתוח זה ניתן להוסיף תיקון קדמי ו/או אחורי במידת הצורך. יתרונו של הניתוח בהשאת

הרחם במקומו, לרבות אפשרות להיריון ולידה בעתיד וכן בעובדה שהניתוח קטן ומוגבל יחסית בהיקפו [16, 17].

3) קיבוע צוואר הרחם ו/או כיפת הנרתיק לליגמנט סקרוספינוס - **Sacrospinous fixation** - ניתוח המבוצע בגישה נרתיקית ומאפשר שימור הרחם תוך הקניית תמיכה מחודשת לרחם ולצוואר הרחם, או קיבוע כיפת הנרתיק לאחר כריתת רחם [14, 18]. ניתן לבצע את הקיבוע לצד אחד או לשני הצדדים ללא יתרון ברור לאחת משתי הגישות. עבודות מחקר הראו יעילות גבוהה בתיקון הפגם האפיקלי, אך מצאו כי קיים סיכוי להתהוות צניחה במדור הקדמי [19] (בד"כ א-תסמינית) בעקבות הניתוח, ייתכן על רקע הטייה לאחור של ציר הנרתיק. סיבוך אופייני הינו כאב בעכוז המקרין לירך ונובע מפגיעה/כליאה עצבית (**Pudendal nerve/Sciatic nerve**) אשר עפ"ר חולף מעצמו תוך מספר שבועות. סיבוך פוטנציאלי נוסף הוא דמם על רקע פגיעה וסקולרית ב- **Inferior gluteal artery**.

4) קיבוע כיפת הנרתיק לרצועות האוטרוסקרליות בגישה וגינלית **Vaginal uterosacral ligament suspension** - הליך זה נועד להקנות תמיכה במדור האפיקלי ע"י תפירת כיפת הנרתיק לרצועות האוטרוסקרליות בעמדה גבוהה - פרוקסימלית (בגובה ה- **ischial spines**) בשונה מ- **McCall culdoplasty** [20, 21]. התפירה מבוצעת תוך שימוש בתפרים בלתי מסיסים או בתפרים מסיסים לאורך זמן (**Delayed absorbable sutures**). השיטה כרוכה בשיעורי הצלחה גבוהים. סיכון אופייני הוא פגיעה בשופכנים, עקב קרבתם האנטומית לרצועות האוטרוסקרליות. מסיבה זו מומלץ, לבצע בתום הניתוח ציסטוסקופיה והדגמת פעילות השופכנים באחת השיטות המקובלות על מנת לוודא תקינותם.

5) תיקון נרתיקי קדמי ו/או אחורי **Anterior and/or posterior vaginal repair (colporrhaphy)** - ניתוח אשר נועד לתקן פגמים בתמיכה המוקנית ע"י דפנות הנרתיק, באמצעות הידוק רקמת החיבור (הפסיה הפוכה- צרויקלית במדור הקדמי או הרקטו-וגינלית במדור האחורי). אין בנייתו זה, כדי להקנות תמיכה למדור האפיקלי (הרחם או כיפת הנרתיק). בעוד שיעילות התיקון במדור האחורי גבוהה, שיעורי הישנות הצניחה לאחר הניתוח במדור הקדמי אינם מבטלים, כפי שדווח בעבודות מחקר שונות. עם זאת, כאשר חושבו שיעורי ההצלחה של הניתוח בהתבסס על שילוב של קריטריונים אובייקטיביים וסובייקטיביים (היעדר תסמיני הצניחה, היעדר צניחה מעבר לטבעת קרום הבתולין בבדיקה והיעדר צורך בטיפול חוזר) היו שיעורי ההצלחה גבוהים בהרבה.

6) תיקון ע"י רשת נרתיקית - **Vaginal mesh repair** - רשתות המשמשות לתיקון צניחה עשויות מחומר ביולוגי או מסיב סינטטי נספג במלאו, או בחלקו, או בלתי נספג כלל. כיום, נפוצות בעיקר רשתות פוליפרופילן מונופילמנטיות השייכות לקב' 1 ע"פ חלוקתו של **Amid**

[22]. הרשת יכולה להיות מעוצבת באופן עצמאי ע"י המנתח, או כחלק מערכה ניתוחית מוכנה לשימוש. ניתן להשתמש ברשת ע"י הנחתה ללא קיבוע מתחת לרירית הנרתיק ורקמת החיבור, או להיעזר בטכניקות עיגון שונות. עבודות מחקר פרוספקטיביות מצאו, כי קיים יתרון מובהק בתוצאה האובייקטיבית של ניתוח לתיקון צניחה קדמית, העושה שימוש ברשת על פני ניתוח קונבנציונאלי ללא רשת. עם זאת, עד כה לא הוכח יתרון מובהק של ניתוחי רשת בתיקון צניחה אחורית או אפיקלית [23-31].

בחודש אפריל 2019, נאסר על החברות המסחריות להמשיך בשיווק הרשתות בארה"ב בהוראת איגוד המזון והתרופות האמריקאי (FDA) [32], בטענה שאלה לא הצליחו להוכיח יתרונות שיצדיקו את הסיכון לסיבוכים אופייניים בנייתוחי רשת נרתיקית אשר כוללים כאב אגן כרוני, חשיפת הרשת מבעד לרירית הנרתיק, זיהום, דיספראוניה, דימום מוגבר והתנקבות איברים בשיעור גבוה יותר בהשוואה לשיטות ניתוחיות אחרות. האיגודים המקצועיים הרלוונטיים בארה"ב, הביעו חוסר נוחות מהודעה זו [33-35]. יש לציין, כי במדינות אירופאיות כדוגמת גרמניה וספרד, לא נאסר לפי שעה שיווק רשתות לתיקון צניחת איברי האגן והשימוש בהן נמשך בכפוף להליך רגולטורי כזה או אחר. איגודים בינלאומיים כדוגמת FIGO [36, 37], ACOG [38] ו-NICE [31] לא הגבילו את השימוש ברשתות לחלוטין, ואפשרו שימוש ברשתות בהתוויות מסוימות, תוך דיון והסבר מתאים למטופלת.

על כן, עמדת האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה היא, כי ניתן לשקול שימוש ברשת המושתלת בגישה נרתיקית לתיקון צניחה בנסיבות קליניות ייחודיות כגון: כישלון תיקון ניתוחי קודם, היסטוריה של ניתוחים קודמים בפתיחת בטן (המעלה את הסבירות להידבקויות מרובות בחלל הבטן), מצבים הכרוכים בסיכון גבוה להישנות צניחה לאחר הניתוח וכן, בנשים המעוניינות בשימור הרחם, כאשר קיים סיכון ניתוחי מוגבר בגישה הביטנית.

טרם ההחלטה על שימוש ברשת, יש לקיים דיון עם המטופלת אשר יכלול את הנקודות הבאות:

- מדובר בטכניקה ניתוחית המציעה שיעורי ריפוי אובייקטיבי גבוהים בתיקון צניחת המדור הקדמי, אך לא הודגם יתרון מובהק במדדי איכות חיים או בתוצאה האנטומית במדורים אחרים.

- הרשת הינה קבועה (נשארת לכל החיים) ולכן, השימוש בה מפחית מהסיכון להישנות הצניחה. מאידך, תיקון ניתוחי נוסף במקרה של הישנות הצניחה עלול להיות מאתגר.

- ניתן לטפל כירורגית בצניחת איברי האגן גם ללא שימוש ברשת.

- קיימים סיכונים ספציפיים, אשר עלולים להתרחש במהלך הניתוח או לאחר השתלת רשת נרתיקית בשכיחות גבוהה יותר מאשר בנייתוחים אחרים לרבות, חשיפת הרשת בנרתיק, כאב נרתיקי כרוני ודיספראוניה.

## **ב. ניתוחים בגישה ביטנית (פתוחה/לפרוסקופית/רובוטית)**

1) קיבוע כיפת הנרתיק ו/או צוואר הרחם (לאחר כריתת רחם מלאה או על-צווארית) לליגמנט האורכי הקדמי של עצם העצה (סקרום) באמצעות שתל (רשת) - **Sacrocolpopexy** - ניתוח זה מוכר משנות ה-70 של המאה העשרים בגירסא הפתוחה והחל בשנות ה-90 מבוצע גם בגישה לפרוסקופית (ובהמשך רובוטית). קיים מידע מחקרי איכותי (רמה 1) התומך בהיותה של שיטה זו יעילה ובטוחה [39]. בעוד הגישה הלפרוסקופית מצריכה עקומת למידה חדה על מנת לרכוש מיומנויות הנדרשות לביצוע הניתוח, אפשרה הכנסת הרובוט הכירורגי ('דה-וינצ'י') [40] למנתחים רבים בעולם לעבור מכירורגיה פתוחה לזעיר פולשנית בפרק זמן קצר יחסית [41]. קיימות וריאציות נוספות לניתוח ה-Sacrocolpopexy:

- הצמדת רשתות לדפנות הנרתיק בגישה וגינלית ובהמשך קיבוען לסקרום באמצעות לפרוסקופיה **Vaginally assisted laparoscopic sacrocolpopexy (VALS)**

- **Sacrohysteropexy** שיטה המאפשרת שימור הרחם הצונח והשבתו לעמדה אנטומית בטכניקה דומה [42].

סיבוכים אופייניים כוללים זיהום בפצע הניתוח (בעיקר בגישה הפתוחה), חשיפת הרשת מבעד לרירית הנרתיק (בשיעור נמוך יותר מאשר בגישה הוגינלית) ועצירות. פגיעה באיברים סמוכים (התנקבות כיס השתן או מעי, פגיעה בשופכנים) ודימום פרה-סקרלי במהלך הניתוח וכן, חסימת מעי לאחר הניתוח הינם סיבוכים חמורים אך נדירים.

2) קיצור הרצועות האוטרוסקרליות בגישה ביטנית -

**Abdominal uterosacral ligament suspension** - ההליך נועד להשיב תמיכה במדור האפיקלי בנשים עם צניחת הרחם או כיפת הנרתיק (נשים שבעברן כריתת רחם באינדיקציות שונות), ומבוסס על קיצור הרצועות האוטרוסקרליות בעזרת תפרים בלתי מסיסים [43]. ניתן לשלב גם בעת ניתוח לכריתת הרחם במטרה להקנות תמיכה לגדם הנרתיק ולמנוע צניחה עתידית. בשל הקרבה האנטומית בין הרצועות האוטרוסקרליות לשופכנים, חשוב לזהותם במהלך הניתוח ולשמור מרחק ביטחון מהם בעת העברת התפרים וכן מומלץ לבצע בתום הניתוח ציסטוסקופיה והדגמת פעילות השופכנים באחת השיטות המקובלות על מנת לוודא תקינותם.

## **2. שיטות חסימתיות**

סגירת הנרתיק - **Colpocleisis** - שיטה שהינה ישימה אך ורק בנשים אשר אינן פעילות מינית ואין בכוונתן לשוב לפעילות מינית בעתיד, עקב היות תוצאת הניתוח בלתי הפיכה. היתרון בנייתוחים אלה טמון בפשטותם, ביעילותם הגבוהה וביכולת להשלים את הניתוח תוך זמן קצר יחסית ובכך למזער סיכונים הכרוכים בהרדמה ממושכת [44]. החיסרון העיקרי מעבר לשלילת האפשרות לקיום יחסי מין הכוללים חדירה, הינו היעדר יכולת לביצוע בירור פולשני במקרה של דם לדני פוסטמנופאוזלי (דיגום רירית הרחם מסוג פיפל או היסטרוסקופיה).

## כריתת רחם במהלך ניתוח לתיקון צניחה

הליך המבוצע לעיתים קרובות, במהלך הטיפול הניתוחי בנשים הלוקות בצניחת איברי האגן. יש לזכור, כי לרחם תפקיד פאסיבי בצניחה ועצם הרחקתו לא תגרום לתיקון הפגם בתמיכה האגנית. ההיגיון העומד מאחורי ביצוע כריתת רחם, אם כן, הוא הסרת האיבר הצנוח ובד בבד עם זאת, הקניית גישה למבנים אנטומיים באגן, בהם ניתן להיעזר לשם קיבוע המדור האפיקלי (במקרה זה כיפת הנרתיק) <sup>[46,45]</sup>. חשוב על כן, לשלב עם כריתת הרחם הליך לקיבוע כיפת הנרתיק (כגון McCall culdoplasty, Uterosacral ligament suspension, Sacrospinous fixation וכו') כדי למנוע צניחה אפיקלית חוזרת בעתיד. על אף היותו של ניתוח כריתת רחם לא חף מסיכונים, מבין הגישות השונות לכריתת הרחם (ביטנית פתוחה, לפרוסקופית או וגינלית) הגישה הלבדנית נחשבת הבטוחה ביותר <sup>[47,46]</sup>. הסיבוכים העיקריים העלולים להתרחש במהלך כריתת רחם לדנית כוללים: דימום מוגבר המדווח בשיעור של 2.5%, פגיעה בדרכי השתן בשיעור המגיע ל-2% ופגיעה במעי בשיעור של כ-0.4% <sup>[48]</sup>.

## סיכום

- יש להציע לאישה עם צניחה סימפטומטית של איברי האגן מגוון אפשרויות טיפול לרבות תרגילים לחיזוק שרירי רצפת האגן (בדרגות החומרה הקלות), התאמת תומכן נרתיקי ותיקון ניתוחי תוך הדגשת יתרונות, חסרונות וסיכונים בכל אחת מהגישות.
- לפני כל ניתוח יש לבצע דיון עם המטופלת ובו להסביר בפירוט את סיכויי הצלחה/כישלון של הניתוח המוצע ע"פ הספרות המדעית העדכנית, סיכונים פוטנציאליים וגישות טיפוליות חלופיות. יש לציין, כי סיבוכים מסויימים עלולים להצריך התערבות ניתוחית נוספת בעתיד.
- בבדיקה הגופנית גם בנשים ללא תסמיני אי - נקיטת שתן מומלץ לבצע תבחין שיעול תוך דחיקת הצניחה, במטרה לזהות דליפת שתן חבויה (Occult Sui). אם הבדיקה חיובית יש לשקול לשלב בניתוח הליך לתיקון אי-נקיטת שתן במאמץ.
- במצבים מסויימים, מומלץ לשקול ביצוע בדיקת אורודינמיקה טרם הניתוח. ראה פירוט בנייר עמדה בנושא אי - נקיטת שתן.
- בניתוח הכולל כריתת רחם עקב צניחת איברי האגן מומלץ לשלב הליך להקניית תמיכה אפיקלית.
- ניתוחים העושים שימוש ברשת (בגישה נרתיקית או ביטנית) יבוצעו ע"י רופא מומחה אשר עבר השתלמות ייעודית בסוג זה של ניתוחים ובטיפול בסיבוכים הניתוחיים הרלוונטיים.
- שימוש ברשת בגישה וגינלית בניתוח לתיקון צניחה ייעשה באופן סלקטיבי במצבים קליניים ייחודיים ולאחר דיון מפורט עם המטופלת.

## References

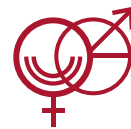
1. Wu, J.M., et al., Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol*, 2014. 123(6): p. 1201-6.
2. Gyhagen, M., et al., Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2013. 120(2): p. 152-160.
3. Bump, R.C., et al., The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1996. 175(1): p. 10-17.
4. Abrams, P., et al., Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 2010. 29(1): p. 213-240.
5. Jelovsek, J.E. and M.D. Barber, Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2006. 194(5): p. 1455-1461.
6. Jelovsek, J.E., C. Maher, and M.D. Barber, Pelvic organ prolapse. *The Lancet*, 2007. 369(9566): p. 1027-1038.
7. Bø, K., Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2006. 85(3): p. 263-268.
8. Bø, K., Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World journal of urology*, 2012. 30(4): p. 437-443.
9. Li, C., Y. Gong, and B. Wang, The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 2016. 27(7): p. 981-992.
10. Fernando, R.J., et al., Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 2006. 108(1): p. 93-99.
11. Thakar, R. and S. Stanton, Management of genital prolapse. *Bmj*, 2002. 324(7348): p. 1258-1262.
12. Clemons, J.L., et al., Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2004. 190(4): p. 1025-1029.
13. Bugge, C., et al., Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(2).
14. Colombo, M. and R. Milani, Sacrospinous ligament fixation and modified McCall culdoplasty during vaginal hysterectomy for advanced uterovaginal prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1998. 179(1): p. 13-20.
15. Chene, G., et al., Anatomical and functional results of McCall culdoplasty in the prevention of enteroceles and vaginal vault prolapse after vaginal hysterectomy. *International Urogynecology Journal*, 2008. 19(7): p. 1007-1011.
16. Oversand, S.H., et al., The Manchester procedure: anatomical, subjective and sexual outcomes. *International urogynecology journal*, 2018. 29(8): p. 1193-1201.
17. Husby, K.R., et al., Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *International urogynecology journal*, 2018. 29(8): p. 1161-1171.
18. Cruikshank, S.H. and D.W. Cox, Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990. 162(6): p. 1611-1619.
19. Smilen, S.W., et al., The risk of cystocele after sacrospinous ligament fixation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1998. 179(6): p. 1465-1472.
20. Margulies, R.U., M.A. Rogers, and D.M. Morgan, Outcomes of transvaginal uterosacral ligament suspension: systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2010. 202(2): p. 124-134.
21. Shull, B.L., et al., A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2000. 183(6): p. 1365-1374.
22. Amid, P., Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. *Hernia*, 1997. 1(1): p. 15-21.

23. Feiner, B., J.E. Jelovsek, and C. Maher, Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *Bjog*, 2009. 116(1): p. 15-24.
24. Maher, C.M., et al., Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *International urogynecology journal*, 2011. 22(11): p. 1445.
25. Larouche, M., R. Geoffrion, and J.-E. Walter, No. 351-Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2017. 39(11): p. 1085-1097.
26. Mowat, A., et al., Surgery for women with posterior compartment prolapse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3).
27. Feiner, B., et al., Surgery for women with apical vaginal prolapse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016. 2016(10).
28. Schimpf, M.O., et al., Graft and mesh use in transvaginal prolapse repair: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2016. 128(1): p. 81-91.
29. Maher, C., et al., Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11).
30. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, A. and S. Urogynecologic, Practice Bulletin No. 185: Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 2017. 130(5): p. e234.
31. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/chapter/Recommendations#surgical-management-of-pelvic-organ-prolapse>. 2019.
32. FDA. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-action-protect-womens-health-orders-manufacturers-surgical-mesh-intended-transvaginal>. 2019; Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-action-protect-womens-health-orders-manufacturers-surgical-mesh-intended-transvaginal>.
33. AUGS. <https://www.augs.org/fda-announcement-on-transvaginal-mesh-for-prolapse/>. 2019.
34. AAGL. <https://www.aagl.org/from-the-desk-of-the-president-fda-announces-decision-on-transvaginal-surgical-mesh/>. 2019.
35. SUFU. <https://sufuorg.com/about/news/message-about-fda-statement-on-mus.aspx>. 2019.
36. Ugianskiene, A., et al., FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*, 2019. 147(2): p. 147-155.
37. FIGO. <https://www.figo.org/news/review-statements-use-synthetic-mesh-0016237>. 2019.
38. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol*, 2019. 134(5): p. e126-e142.
39. Costantini, E., et al., Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2016. 205: p. 60-65.
40. Callewaert, G., et al., Laparoscopic versus robotic-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Gynecological surgery*, 2016. 13(2): p. 115.
41. Campbell, P., L. Cloney, and S. Jha, Abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrical & gynecological survey*, 2016. 71(7): p. 435-442.
42. Leron, E. and S.L. Stanton, Sacrohysteropexy with synthetic mesh for the management of uterovaginal prolapse. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001. 108(6): p. 629-633.
43. Lin, L.L., J.Y. Phelps, and C. Liu, Laparoscopic vaginal vault suspension using uterosacral ligaments: a review of 133 cases. *Journal of minimally invasive gynecology*, 2005. 12(3): p. 216-220.
44. FitzGerald, M.P., et al., Colpocleisis: a review. *International Urogynecology Journal*, 2006. 17(3): p. 261-271.
45. Meriwether, K.V., et al., Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol*, 2018. 219(2): p. 129-146 e2.
46. Meriwether, K.V., et al., Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *International urogynecology journal*, 2019. 30(4): p. 505-522.
47. Aarts, J.W., et al., Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(8): p. CD003677.



48. Berkowitz, C.E.F.-W.L.R., vaginal hysterectomy, in UpToDate. 2019.
34. AAGL. <https://www.aagl.org/from-the-desk-of-the-president-fda-announces-decision-on-transvaginal-surgical-mesh/>. 2019.
35. SUFU. <https://sufu.org/about/news/message-about-fda-statement-on-mus.aspx>. 2019.
36. Ugianskiene, A., et al., FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*, 2019. 147(2): p. 147-155.
37. FIGO. <https://www.figo.org/news/review-statements-use-synthetic-mesh-0016237>. 2019.
38. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol*, 2019. 134(5): p. e126-e142.
39. Costantini, E., et al., Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: evidence-based review and recommendations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2016. 205: p. 60-65.
40. Callewaert, G., et al., Laparoscopic versus robotic-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review. *Gynecological surgery*, 2016. 13(2): p. 115.
41. Campbell, P., L. Cloney, and S. Jha, Abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrical & gynecological survey*, 2016. 71(7): p. 435-442.
42. Leron, E. and S.L. Stanton, Sacrohysteropexy with synthetic mesh for the management of uterovaginal prolapse. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001. 108(6): p. 629-633.
43. Lin, L.L., J.Y. Phelps, and C. Liu, Laparoscopic vaginal vault suspension using uterosacral ligaments: a review of 133 cases. *Journal of minimally invasive gynecology*, 2005. 12(3): p. 216-220.
44. FitzGerald, M.P., et al., Colpocleisis: a review. *International Urogynecology Journal*, 2006. 17(3): p. 261-271.
45. Meriwether, K.V., et al., Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Am J Obstet Gynecol*, 2018. 219(2): p. 129-146 e2.
46. Meriwether, K.V., et al., Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *International urogynecology journal*, 2019. 30(4): p. 505-522.
47. Aarts, J.W., et al., Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(8): p. CD003677.
48. Berkowitz, C.E.F.-W.L.R., vaginal hysterectomy, in UpToDate. 2019.

**האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה**  
*Israel Society of Obstetrics and Gynecology*



**החברה הישראלית לאורוגינקולוגיה ולריצפת האגן**  
*The Israeli Society Of Urogynecology and pelvic floor*



המכון לאיכות  
ברפואה



**ההסתדרות הרפואית בישראל**  
המכון לאיכות ברפואה