

PELVİK RELAKSASYONDA ALTERNATİF TEDAVİ: PESSER

*Ar. Gör. Aytül HADIMLI

**Prof. Dr. Ümran SEVİL

*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Pesserler, pelvik organ prolapsuslarında ve üriner inkontinans tedavisinde kullanılan, vajinaya yerleştirilen silikon araçlardır. Sistosel, rektosel ve uterus prolapsusunda pratikte primer tedavi olarak cerrahi yöntemler kullanılmakla birlikte özellikle ileri yaşta ve anestezi riski taşıyan hastalarda pesser cerrahiye alternatif bir yöntemdir. Pesser tedavisinin etkinliği hastanın eğitimi ve düzenli takibine bağlıdır. Bu makalede, pesser türleri ve hemşirenin pesser kullanan hastanın eğitimindeki rolü tanımlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik relaksasyon, pesser, hemşire

ALTERNATIVE TREATMENT AT PELVIC RELAXATION: PESSARY ABSTRACT

Pessaries are silicon devices that placed in vagina and used for treatment of pelvic organ prolapse and urinary incontinence. In practice, surgical treatments primarily used for uterine prolapse, cystocel and rectocele as well as pessary is an alternative treatment to surgical intervention for elderly patients that sustain anesthesia risk. Efficiency of pessary treatment is related to patient' education and orderly following. The aim of this article is to define type of pessary and the nurses' role of patient education that use pessary.

Key Words: Pelvic relaxation, pessary, nurse

GİRİŞ

Ülkemizdeki kadınların çoğu çok sık doğum yapmaktadır. Buna bağlı olarak bu kadınların önemli bir kısmında pelvis destek yapılarının gevşemesine ilişkin sağlık sorunlarının olabileceği de bir gerçektir. Gevşeme düzeltilmediği takdirde ilerler ve kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Taşkın,1995).

Genital organ sarkmaları orta ve ileri yaş kadınlarda görülmekle birlikte 20-59 yaş arası kadınların % 30.8'inde çeşitli derecelerde

prolapsuslar görülmektedir. Bu oran bunu takip eden 30 yıl içinde iki kat artmaktadır (Trowbridge, Fener, 2005).

Amerikan Ulusal Kontinans Derneği'ne (National Association for Continence-NAFC) göre, vajinal doğum yapan kadınların %50'sinde pelvik organ sarkması minör derecede görülmektedir. Bu hastaların %20'sinde semptomlar belirginleşmekte ve kadınların %11'i 80 yaşından önce operasyona gerek duymaktadır (Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 300.000 operasyon

gerçekleşmektedir). Opere olan hastaların %30'unda ise operasyon başarısız olmakta ve rekürren prolapsus görülmektedir (National Association for Continence-NAFC).

1. PELVİK RELAKSASYONUN (SARKMALARIN) TANIMI VE NEDENLERİ

Pelvik relaksasyon, vajina ve çevresindeki ligament ve fasianın desteğinin kaybolmasına bağlı olarak pelviste meydana gelen anatomik değişikliklerdir (Üner M, 1996).

Pelvik relaksasyona neden olan belirli etkenler vardır:

Pelvik anatomik yapının ya da sinir sisteminin kongenital bozukluğu: Pelvik yapıları inerve eden sinirlerde meydana gelen bir defekt, bu organların fonksiyonlarında kayıplara neden olabilir (Klinge CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, Gebhart JB, Riederer SG, 2005).

Pelvis dokularının travmaya bağlı zarar görmesi: Vakaların çoğu doğum travmaları ile ilgilidir. Doğum kanalının aşırı gerildiği durumlarda (iri bebek, çoğul gebelik, forseps ve vakum uygulamaları vb.) levator ani kas demetinde ayrılma olur ve fascia gerilir. Bu ayrılmaya bağlı perine ve rektumun normal desteği kaybolur (Klinge CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, Gebhart JB, Riederer SG, 2005; Taşkın L, 1995).

Over hormonlarının pelvik dokular üzerine olan etkisinin kaybolduğu menapoz dönemi: Östrojen eksikliği pelvik kanlanmanın azalmasına neden olurken, yumuşak dokular da elastikiyetini kaybeder (; Trowbridge ER, Fener DE, 2005).

Perine tabanını örten uterusu destek veren perine kaslarında bir zayıflık ya da doğumlarda meydana gelen yırtıklar sonucu pelvis tabanında yetmezlik olduğu zaman, iç genital organlarda aşağıya doğru sarkma meydana gelir (Taşkın L, 1995; Trowbridge ER, Fener DE, 2005).

2. PELVİK RELAKSASYONUN TİPLERİ:

Sarkan dokuya göre, şiddete göre ve yaygın / kısmi olmasına göre:

- Sistosel
- Enterosel
- Rektosel
- Uterin prolapsus
- Vajinal kaf prolapsusu olarak sınıflandırılabilir (<http://www.jinokar.com.tr/prolapsus.htm>) (Taşkın L, 1995; Üner M, 1996).

Yukarıda belirtilen pelvik sarkma tiplerinde pratikte primer tedavi olarak cerrahi yöntemler seçilmekle birlikte sistosel, rektosel ve uterus prolapsusunda pesser, cerrahiye alternatif yöntemler arasında yerini almıştır.

Sistosel: Sistosel, mesanenin vajina boşluğuna doğru herni yapmasıdır. Sistosel olan bir hastanın muayenesinde gevşemiş ince duvarlı bir vajinal çıkış ve serviksin altında anterior vajinal duvarı da içeren çıkıntı yapan bir kitle göze çarpar. Vajinal dolgunluk ve aşağıya doğru basınç duygusu, mesanenin inkomplet boşalma hissi, bazen idrar yapmak için mesaneyi yukarı itme ihtiyacı, çıkıntı yapan kitlenin öksürme ve ıkınma ile artması sistoselin tanı kriterlerindedir (Pernoll ML, 1994).

Büyük bir sistosel, üriner retansiyona, tekrarlayan mesane enfeksiyonlarına neden olduğunda operatif tamir gerektirir. Anterior vajinal kolporafi, sistosel için en etkili cerrahi tedavidir (Pernoll ML, 1994).

Eğer hasta sistosele bağlı ciddi semptomlara veya rahatsız edici üriner inkontinansa sahipse ve cerrahi tedavi kontrendike ise geçici medikal tedaviler yeterli iyileşme sağlayabilir:

a.) **Pesser:** Medikal komplikasyonlardan dolayı kötü operatif riske sahip yaşlı hastalar için, vajinal pesserin geçici kullanımı, onların genel durumu düzelinceye kadar semptomların düzelmesine yardımcı olabilir.

b.) **Egzersiz:** Genç hastalarda, pubokoksigeus kaslarını güçlendiren Kegel egzersizleri 6-12 ay uygulanarak üriner kontrol ve bası semptomlarında kısmen düzelmeye elde edilebilir.

c.)**Östrojenler:** Postmenopozal kadınlarda birkaç ay östrojen replasman tedavisi, müskülofasial desteğin kalitesinde ve tonüsünde düzelme sağlayabilir (Pernoll ML, 1994).

Enterosel: Enterosel, rektouterin poşun rektovajinal duvardan herni yapması sonucu oluşur. Herni kesesi barsak ansları ile doludur (Üner M, 1996).

Enterosel kongenital ya da akkiz olabilir. Kongenital şekli nadiren semptom verir. Edinsel şekli ise multipar, menopozal ya da postmenapozal kadınlarda oluşur ve genellikle uterus prolapsusu, sistosel ve rektosel gibi diğer muskulofasial zayıflığa ait durumlar ile birlikte (Üner M, 1996). Vajinal doğumlardaki travmalar, büyük pelvik tümörler, obezite, kronik bronşit ve karın içi basıncı arttıran olaylar etyolojik faktörler arasındadır (Pernoll ML, 1994; Üner M, 1996). Küçük enterosel çoğu zaman semptomsuzdur. Büyük enterosellerde vagende basınç hissi ve distansiyon vardır. Tedavide abdominal ya da vaginal cerrahi yöntemler kullanılmaktadır (Üner M, 1996).

Rektosel: Rektovajinal septumun zayıflaması sonucu bu bölgede, vajina boşluğuna doğru meydana gelen fitikleşmedir. Alçak seviyedeki rektoselde rektum mukozası vajina arka duvarı mukozası ile birlikte vajina boşluğu ve intraitusa doğru bombeleşir (Üner M, 1996).

Hangi seviyede olursa olsun küçük rektosel genelde asemptomatiktir. Fakat büyük rektosel vajinayı doldurarak basınç yapar ve intraitusu daraltır, barsak pasajını da bozabilir (Pernoll ML, 1994; Üner M, 1996).

Genç hastalarda gerekli çocuk sayısını tamamlayıncaya kadar semptomatik rektoselin medikal takibi tavsiye edilmektedir. Geçici tedavi olarak eğer perine vajinada pesserleri tutabilecek yeterlilikte ise şişebilen halka pesserler kullanılabilir. Rektosel defekasyonu zorlaştıracak kadar büyüdüğünde veya hasta rektoseli eli ile düzeltme gereği duyuyorsa cerrahi tedavi endikasyonu vardır.

Posterior kolporafi operasyonu genellikle tedavi için yeterli olmaktadır (Pernoll ML, 1994).

Uterus Prolapsusu: Uterus prolapsusu, vajinal aks üzerinden serviks ve uterusun aşağı doğru yer değiştirmesidir. İleri şeklinde serviks, intraitus vajinanın dışında yer alır. Vajinanın komplet prolapsusunda prolabe olmuş vajina, önde üretra ve mesaneyi, arkada distal rektumu beraberinde sürükler (Üner M, 1996).

Prolapsusun derecesi, serviks ile intraitus vajina arasındaki ilişkiye göre konur. I. derece prolapsusta serviks, vajinanın 1/3 alt kısmında sert bir kitle olarak ele gelir. İkinci sırasında serviks, himen hizasında ise prolapsus II. derecedir. İntraitusun dışında ise III. derecedir. Komplet prolapsusta vajina tamamen intraitusun dışındadır. Uterus prolapsusu genellikle, üretrosel, sistosel, entrosel ve rektosel gibi diğer pelvik relaksasyonlarla birlikte (Şekil 1) (Hassler, Michael, 2005).

Uterus prolapsusunun oluşumunda bir ya da birden fazla faktör rol oynayabilir. Bunlar; birden fazla gebelik ve vajinal doğum, iri bebek doğurma, ileri yaş, sürekli ağır kaldırma, kronik öksürük, pelvik kavitedeki tümörler ve genetik yapıdır (Kuzeydoğu Avrupalı kadınlar Asya ve Afrikalı kadınlara göre daha fazla risk altındadırlar) (Uterin Prolapse).

Vajinal Kaf Sarkması: Uterusun çıkarılmasından sonra vaginal kafta çeşitli derecelerde prolapsus meydana gelebilir. Postoperatif bu komplikasyonun oluşmasının nedeni operasyon sırasında vaginal desteğin iyi onarılamamasıdır. Kaf sarkması bazen sistosel, rektosel ve bazen de enterosel ile birlikte olabilir (Üner M, 1996). Tedavide vajina kafı, sacrocolpexy denen laparoskopik yada abdominal açık cerrahi yolu ile gerçekleştirilen bir operasyon ile sakruma fixe edilir ya da sacrospinous fiksasyon olarak adlandırılan bir operasyon ile sacrospinous ligamente asılır (Bu operasyon çok sık uygulanmamaktadır. En önemli komplikasyonu ağrıdır.)

3. PELVİK RELAKSASYONUN SEMPTOMLARI

Pelvik relaksasyon tiplerine göre hasta şikayetleri farklı olmakla birlikte prolapsuslarda ortak semptomlar bulunmaktadır:

- Barsak ve mesanenin boşalmasında zorluk
- Perine ya da vajinada basınç hissi
- Yatar pozisyonda artan ağrı ve basınç hissi
- Vajina girişinde kitle
- Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları
- Mesane disfonksiyonu
- Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da idrar kaçırma
- Sırt ağrısı (Barber MD, 2005; McIntosh L, 2005; Types of Pelvic Organ Prolapse; Uterin Prolapse).

4. PELVİK RELAKSASYONUN TEDAVİSİ

Postmenopozal devrede östrojen replasman tedavisi, dokuların tonüsünü kazanmada veya ülseratif lezyonların tedavisinde yararlı olmaktadır (Uterin Prolapse).

Eğer prolapsus ileri derecede ve vajinal fonksiyon korunmak isteniyorsa, vajinal histerektomi, kolporrafi anterior-posterior operasyonu ile birlikte yapılmaktadır (Uterin Prolapse).

Prolapsusun primer tedavisi cerrahi kabul edilmekle birlikte eğer cerrahi tedavi kontrendike (anestezi komplikasyonu oluşabilecek çok yaşlı hastalar, doğurganlığını tamamlamamış genç kadınlar vb) ise pessser kullanılabilir.

5. VAJİNAL PESSER:

Tanımı: Pesserler pelvik organ prolapsuslarında ve üriner inkontinans tedavisinde kullanılan, vajinaya yerleştirilen silikon araçlardır (Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL, 1993).

Tarihçesi: Vajinal pessser antik çağdan beri kullanılan, bilinen en eski tıbbi araçlardan biridir. Pesser ile ilgili ayrıntılı bilgi veren yazılı ilk kaynak

Celsus'un MÖ 27'de yazdığı De Medica'dır. Ayrıca Deger ve ark. prolapsus ve pesserden MÖ 1500'lü yıllarda Mısır'da yazılan papirüslerde de bahsedildiğini belirtmişlerdir. 1862'de George Ebers tarafından bulunan ve jinekoloji ile ilgili beş sayfanın bulunduğu bu papirüslerde, prolapsus tedavisi için baldan petrole kadar pek çok maddenin uterusu uygulanarak, uterusun pozisyonunu sağlamak için hastanın baş aşağı çevrildiğini yazmaktadır (Deger RB, Menzin AW, Mikuta JJ, 1993; Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006).

MS 600 yılında ilk erkek ebe olan Paulus Aegina tarafından üç tür pesser tanımlanmıştır: Emollient (ağrıyı dindiren merhem), astringent (kanamayı durduran ilaç) ve anastomative (uterus ağzını kapatıcı). Bu pessser türleri sert yapıda olmadıkları için bir yün parçasına sürülüp, uterusu uygulanmıştır (Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006).

Onüçüncü yüzyılın sonlarına gelindiğinde Myrepsus tarafından içerdikleri materyale ve kullanım amacına göre 45 farklı pessser tanımlanmıştır. Bunlardan biri de kimyon, zencefil, loğusa çiçeği, hintyağı otu, misk otu, balmumu, içyağı ve bal karışımından oluşmuş pessserdir (Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006).

Onaltıncı yüzyılda ilk vajinal histerektominin yapılmasına dek prolapsus tedavisine ilişkin çok az gelişme olmuştur. Onyedinci yüzyılda Hendrik van Roonhuysen tarafından yazılan ilk jinekoloji ders kitabında prolapsusun etiyojisi, tedavisi ve pessser kullanımının yan etkileri yer almıştır. 1700'lü yılların sonlarına doğru ise Edinburg Üniversitesi profesörlerinden Simson mantar şeklinde yumuşak metal bir pessser tasarlarlarken aynı dönemde John Leake süngerden yapılan pessserlerin vajina duvarına daha az zarar verdiğini bu yüzden daha kullanışlı olduğunu savunmaktaydı (Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006).

Ondokuzuncu yüzyılda cerrahi aletlerde, anesteziye, sütür materyallerindeki gelişmelerle birlikte pessser kullanımı yerini cerrahi seçeneklere bırakmaya başlamıştır. Böylece 1800'lü yılların

ortalarından beri pesserin kullanımı cerrahi yöntemlere alternatif olmuştur. Ondokuzuncu yüzyılda kullanılan ve genellikle metalden yapılan Hodge, Smith ve Cutter ismi verilen pesserler günümüzde formunu korumakla birlikte artık farklı materyallerden yapılmaktadır (Hassler A, Michael K, 2005; McIntosh L, 2005; Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006).

Literatürde bugüne kadar yaklaşık 200 farklı pesser türü tanımlanırken günümüzde yaklaşık 20 farklı pesser kullanılmaktadır ve bunlar genellikle silikon, kauçuk, lateks ile sert ya da yumuşak plastikten üretilmektedir. Alerjik olmaması, vajinal sekresyonları absorbe etmemesi ve kırılmaya, bükülmeye karşı dayanıklı olması nedeni ile silikon pesserler özellikle tercih edilmektedir (McIntosh L, 2005; Shah SM, Sultan AH, Thakar R, 2006; Vierhout ME, 2004).

Ülkemizde yaygın bir kullanım alanı bulamamakla birlikte pesserler, prolapsusun, stres inkontinansın , retrovert uterusun tedavisinde alternatif olarak kullanılabilen araçlardır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda başarı oranları konusunda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Clemons, II. Derece uterus prolapsusu olan ve pesser kullanan 100 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların %92'si iki ay içerisinde pessere uyum sağlamış ve bu kadınların yarısında prolapsusa bağlı şikayetlerde gerileme olmuştur. Yine Clemons'un çalışmasında kadının yaşı arttıkça pesser kullanım süresinin arttığı ve pesser kullanmada daha başarılı oldukları saptanmıştır (Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL, 2004).

Vierhout, literatürü derleyerek yaptığı çalışmasında, pesserin başarı oranlarına yönelik %46 ile %94 arasında farklı sonuçların bulunduğunu belirtmiştir (Vierhout ME, 2004). Sulak ve ark.nın retrospektif çalışmasında, pesser yerleştirilen hastalara 16. ayda yapılan izlemden sonra %50'sinde başarılı sonuç elde edilirken, komplikasyon oranı çok düşük bulunmuştur (Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL, 1993).

Pesser Tipleri

1. Hodge Pesser: Uzun eğimli bir pesser şeklindedir. Bir uç simfis altına diğer uç arka fornixe yerleştirilir. Bu pesser tipi uterus pozisyon verdikten sonra onu yerinde tutmak için kullanılır. İntraitusu dar olan kadınlar için idealdir. Stres inkontinans ve sistosel tedavisinde kullanılır (Şekil 2-G,H,K,L,R).

2. Gellhorn Pesser: Kol düğmesi şeklindedir. Servix için halkaya benzer bir platform sağlar. Pesser perine üzerinde duran bir sap ile birleştirilir. Perineal yapılar yeterli olduğunda belirgin prolapsusu düzeltmek için kullanılır (Şekil 2-C, D, F).

3. Gehrung Pesser: Bu pesser iki adet çapraz çubuk ile birleştirilmiş iki adet sabit U harfine benzer. Servixin uzun kollar arasında sabitlemesiyle ön vajina duvarına kavis yaptırır ve sistoseli azaltmaya yardım eder (Şekil 2-M).

4. Ring (Halka) Pesser: Halka pesserler vajinayı gerip servixi kaldırarak sistosel ve rektoseli önemli derecede azaltırlar (Şekil 2- A, B,E,N,P,Q).

5. Şişebilen Pesser ve Küp Pesser: İçi boş, plastik top şeklindeki şişebilen pesser ve küp pesser daha çok halka pesser gibi görev yapar ve benzer amaçlar için kullanılır (Şekil 2-O, S, I, J) (Trowbridge ER, Fener DE, 2005).

Endikasyonları ve Kullanım Yerleri:

1) Obstetri:

- Belirgin uterin retropozisyona bağlı olduğu düşünülen düşük tehdidini önlemek için,
- Gebelik sırasında prolapsus ile birlikte olan servikal ülserlerin iyileşmesini hızlandırmak için,
- Postpartum subinvolyusyonu veya retroversiyonu hafifletmek veya önlemek için,
- Servikal yetersizlikte düşüğe karşı korumak için (Pernoll ML. 1994; Vierhout ME, 2004).

2) Jinekoloji:

- Uterus prolapsusu veya diğer genitoüriner herniler için operasyonu reddeden hastaları tedavi etmek için,

- Uterus prolapsusu ile birlikte olan servikal staz ülserlerinin iyileşmesine preoperatif yardım sağlamak için,

- Sistosel ve rektoseli azaltmak için,

- Üretra altına bası yaparak ya da arka üretrozikal açığı artırarak üriner stres inkontinansı kontrol etmek için kullanılabilir. (Pernoll ML, 1994; Vierhout ME, 2004).

Hastanın Değerlendirilmesi: Farklı pesser türlerinin yerleştirilmesi ya da uygulanması ile ilgili birçok yazar tarafından farklı öneriler getirilmiş olmakla birlikte bu konudaki ortak görüş pesser seçimi öncesi hastanın serviks büyüklüğünün, kilosunun ve aktivite düzeyinin iyi bilinmesi gerektiğidir (McIntosh L, 2005).

Pesser uygulaması öncesi ayrıntılı anamnez ve pelvik muayene çok önemlidir. Hastanın daha önce pelvik operasyon geçirip geçirmediği, prolapsus ile ilgili yaşadığı şikayetler ve prolapsusun derecesi, seçilecek pesser türünü önemli ölçüde etkilemektedir. İdrar inkontinansı şikayeti bulunan hastalarda ise pesser önerilmeden önce idrar analizleri, idrar kültürü istenmeli ayrıca pelvik kasların gücü ve işeme sonrası residüel idrar miktarı ölçülmelidir. Hastanın şikayetleri ile prolapsus ya da inkontinans tanısı örtüşmüyor ise diğer olası tanılar için ürodinami testleri ile baryumlu pelvik fluros kopi ve diğer pelvik tanı testleri uygulanmalıdır (McIntosh L, 2005; Thakar R, Stanton S, 2002).

Pesserin Uygulanması: Hastanın şikayetine göre uygun pesser seçimi oldukça önemlidir. Çok büyük pesserler irritasyon ve ülserasyona neden olurken çok küçük olanlar ise yerinde durmaz ve düşebilir. Bu nedenle uygun pesserin belirlenmesi, kolay yerleştirilip, çıkartılması ve hareket halindeyken de kadına rahatsızlık vermemesi açısından çok önemlidir (Hassler A, Michael K, 2005, McIntosh L, 2005).

En uygun pesser boyunun belirlenmesi ile ilgili sınırlı sayıda yayın bulunmaktadır. Vierhout'un

belirttiği, bu konuda yapılmış küçük ölçekli bir çalışmada hastaların %80'ine 65-80 mm ölçülerinde ring pesser uygulanmıştır (Vierhout ME, 2004).

Pesserin en uygun uzunluğunu belirlemek için uterin forseps parmak rehberliğinde arka vajinal fornixsin en üst noktasına kadar sokulur. İntraitusta forseps üzerine işaret konur. Forseps çekilir, işaretli nokta ile ucu arasındaki mesafe ölçülür ve bu uzunluktan 1 cm çıkarıldığında pesser için uygun boyut elde edilir. Genişliğini belirlemek için forseps servix hizasına kadar vajinaya sokulur ve kolları vajina yan duvarına değecek kadar açılır. Forseps kolları arasındaki mesafe ölçülür (Pernoll ML, 1994).

Pesserin Bakımı: Literatürde pesser tipleri ve komplikasyonlarına yönelik birçok yayın bulunmakla birlikte pesserin uygulanması ve bakımı ile ilgili yayın sayısı oldukça kısıtlıdır. Pesser bakımı ile ilgili belirlenmiş bilimsel standart bir bakım kriteri olmamakla birlikte bir çok uzman pesserin 3-6 ay ara ile hekim tarafından kontrol edilmesini önermektedir (McIntosh L, 2005; Vierhout ME, 2004). Deger ve ark. ilk kez pesser uygulanan bir kadının hekimin muayenesinden ayrılmadan önce bir süre hareket etmesini ve idrar yapmasını önermektedir. Bir sonraki değerlendirme de bir ya da iki hafta sonra yapılmalıdır. Pesser çıkarıldıktan sonra antibakteriyel özellikli sabun ve sıcak su ile temizlenmelidir. Ayrıca zaman içinde hasta farklı tür ya da boy pessere ihtiyaç duyabilir. Yapılacak kontroller ile bu ihtiyaç tespit edilebilir. Bununla birlikte silikon pesserlerin maksimum kullanım süreleri bir - iki yıl arasında değişmektedir (Deger RB, Menzin AW, Mikuta JJ, 1993). Pesserlerin kullanımı ile ilgili farklı öneriler bulunmaktadır. Viera ve ark. pesser kullanımının neden olacağı vajinal irritasyon ve kaşıntıyı önlemek için dilüe hidrojen peroksit solüsyonları ile vajinal duşu önerirken, Bash ve ark. pesserin her akşam çıkarılıp su ve sabun ile yıkanması ve sabah tekrar yerleştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Bash KL, 2000; Viera AJ, Larkins-Pettigrew M, 2000).

Kontrendikasyonları: Akut genital sistem

enfeksiyonlarında ve uterusun yapışık retropozisyonunda pesserler kontrendikedir (Pernoll ML, 1994).

Komplikasyonları: Pesserin en yaygın komplikasyonu vajinal irritasyondur. Ayrıca hipoöstrojenik vajinal mukozada ülserasyona ve kanamaya neden olabilmektedir. Tablo 1’de pesserin olası komplikasyonları yer almaktadır (Vierhout ME, 2004):

Vajinal Pesser Kullanan Hastanın Eğitiminde Hemşirenin Rolü:

Hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarının en önemlisi ve vazgeçilmez olanı eğitim fonksiyonudur. Palumbo çalışmasında “pesser tedavisinin başarılı sonuç vermesi için hasta eğitiminin hayati önem taşıdığını ve bu eğitimde de hemşirenin etkin olması gerektiğini” belirtmiştir. Çünkü hastanın pesserini doğru kullanması, öncesinde alacağı eğitim ve düzenli izlemlerle mümkün olacaktır (, 2000).

Vajinal pesser kullanacak hastaya verilecek eğitimde;

- Genital organların yapısı, görevleri ve prolapsuslar şekil üzerinde anlatılmalıdır.
- Pesser kullanılırken vajinal akıntıda bir miktar artma olabileceği ancak koku ve renginde normalden farklılık olduğu durumlarda hekimine başvurması gerektiği,
- Vajinal pesser kullanılırken sık sık düşük basınçlı asetik asit duşları ya da asidik vajinal kremlerin kullanılabilmesi,
- Birkaç haftada bir pesserin çıkarılıp temizlenmesi gerektiği,
- Pesserin hastalığı yok etmeyeceği, kullanıldığı süre boyunca sadece şikayetleri ortadan kaldıracığı belirtilmelidir (Hassler A, Michael K, 2005).

SONUÇ:

Antik çağdan günümüze dek genital organ prolapsuslarının tedavisinde kullanılan pesser,

günümüzde özellikle cerrahi tedavinin kontrendike olduğu hastalar için alternatif bir yöntemdir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde cerrahi tedavi yöntemlerindeki maliyet artışı nedeni ile pesser daha fazla kullanım alanı bulmaktadır (McIntosh L, 2005). Gelecekte benzer gelişmelerin ülkemizde de olabileceği varsayımından hareketle prolapsus ve inkontinans tedavisinde alternatif yöntemlerin yaygınlaşacağı öngörülebilir. Ancak tedavinin etkili olabilmesi için doğru kullanımı önemlidir. Doğru kullanımdaki en önemli faktör ise hastanın eğitimidir. Bu bağlamda özellikle kadın doğum kliniklerinde görev yapan hemşirelerin cerrahiye alternatif tedavi yöntemleri ile yenilikleri takip etmeleri ve daha fazla araştırma yapmaları gerekmektedir.

YAZARLARIN KATKISI:

KAYNAKLAR:

Barber MD. (2005) Symtoms and Outcome Measures of Pelvic Organ Prolapse, Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol.48, No.3, 648-661.

Bash KL. (2000) Review of vajinal pessaries, Obstetrical & Gynecological Survey, 55(7), 455-460. Beus T (2003) Pelvic Organ Prolapse, <http://www.womenshealthlondon.org.uk/leaflets/prolapse/prolapse.html> (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2007)

Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL (2004) Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who are fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 190:1025–1029 Cited in Shah SM, Sultan AH, Thakar R. (2006) The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 17:170-175.

Deger RB, Menzin AW, Mikuta JJ. (1993) The vaginal pessary: Past and present. Postgraduate Obstetrics and Gynecology, 13(18), 1-8 Cited in McIntosh L. (2005) The role of the nurse in the use of vajinal pessaries to treat pelvic organ prolapse

and/or urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*; February; 25;1, 41-48.

Hassler A, Michael K. (2005) The Pessary, a Method for Treating Pelvic Organ Prolapse, *Journal of Diagnostik Medical Sonography*, January/February, Vol.21, No.1, 12-16.

Kadın Cinsel Organlarında Sarkma (Pelvik Relaksasyon), <http://www.jinokar.com.tr/prolapsus.htm> (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2007)

Klinge CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, Gebhart JB, Riederer SG, Zinsmeister AR. (2005) Pelvic organ prolapse in defecatory disorders. *Obstetrics & Gynecology*, August, Vol. 106, No. 2, 315-320.

Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG. (2006) Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Volume 51, No 2, March/April, 78-84.

McIntosh L. (2005) The role of the nurse in the use of vaginal pessaries to treat pelvic organ prolapse and/or urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*; February; 25;1, 41-48

National Association for Continence-NAFC, Pelvic Organ Prolapse, <http://www.nafc.org/members/private/Professionals/Prolapse.pdf> (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2007)

Palumbo MV. (2000) Pessary placement and management. *Dec*;46(12):40-45.

Pernoll ML. (1994) *Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi*, Cilt II, Barış Kitabevi, İstanbul.

Shah SM, Sultan AH, Thakar R. (2006) The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 17:170-175.

Sulak PJ, Kuehl TJ, Shull BL. (1993) Vajinal

pessaries and their use in vaginal relaxation. *J Reprod Med*. 38:919-23.

Taşkın L. (1995). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset*, Ankara.

Thakar R, Stanton S. (2002) Management of genital prolapse. *British Medical Journal*. 924 (7348). 1258-1262.

Trowbridge ER, Fener DE. (2005) Conservative Management of Pelvic Organ Prolapse, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Vol.48, No.3, 668-681.

Types of Pelvic Organ Prolapse, http://images.google.com.tr/imgres?imgurl=http://www.mayoclinic.org/pelvic-organ-prolapse/images/enterocele_sm.jpg&imgrefurl=http://www.mayoclinic.org/pelvic-organ-prolapse/types.html&w=162&sz=8&hl=tr&start=37&tbnid=e9g9iTVTaEEYQM:&tbnh=82&tbnw=98&prev=/images%3Fq%3DPelvic%2BOrgan%2BProlapse%26start%3D20%26ndsp%3D20%26svnum%3D10%26hl%3Dtr%26lr%3D%26rls%3DRNWE,RNWE:2005-42,RNWE:en%26sa%3DN. (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2007)

Uterin Prolapse, <http://www.mayoclinic.com/health/uterine-prolapse/DS00700/DSECTION=1>. (Erişim tarihi: 29 Ağustos 2007)

Üner M. (1996) *Kadın Hastalıkları*, Palme Yayınevi, Ankara.

Viera AJ, Larkins-Pettigrew M. (2000) Practical use of the pessary. *American Family Physician*, 61(9), 2719-2729.

Vierhout ME. (2004) The use of pessaries in vaginal prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117: 4-9.

Tablo 1. Pesserin Olası Komplikasyonları

Erozyon

- Vajinal irritasyon
- Vajinal ülserasyon
- Perforasyon

Enfeksiyon

- Bakteriyel Vajinozis
- Aktinomyozis
- Sepsis

Obstrüksiyon

- Hidronefroz
- Mesane obstrüksiyonu
- Servikal tıkanıklık

Alerji

- Lateks alerjisi

Seksüel

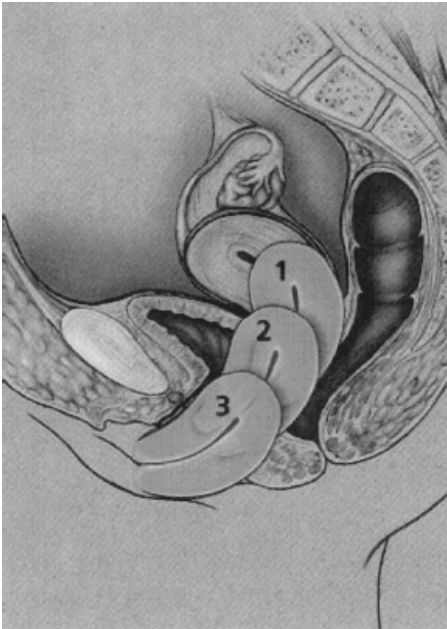
- Disparoni

Neoplastik

- Vajinal karsinoma
- Servikal karsinoma

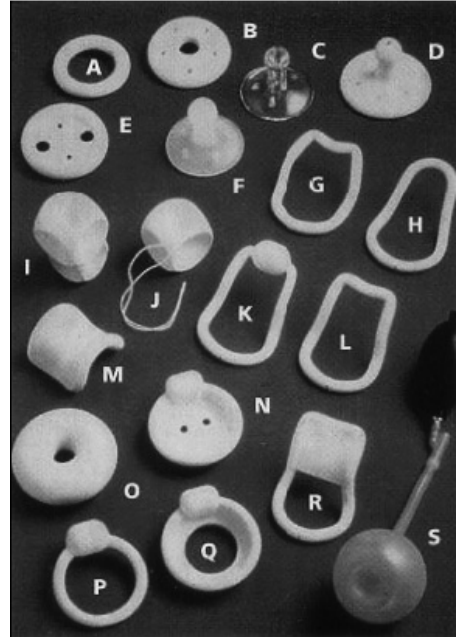
Kaynak : Vierhout ME. (2004) The use of pessaries in vaginal prolapse. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 117: 4-9.

Şekil:1 Uterus Prolapsusunun Dereceleri



Kaynak: Hassler A, Michael K. (2005) The Pessary, a Method for Treating Pelvic Organ Prolapse, Journal of Diagnostik Medical Sonography, January/February, Vol.21, No.1, 12-16.

Şekil 2: Pesser Tipleri



Kaynak: Trowbridge ER, Fener DE. (2005) Conservative Management of Pelvic Organ Prolapse, Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol.48, No.3, 668-681.