

PELVİK DESTEK YAPILARININ BOZULMASI

Yrd. Doç. Dr. Şenay Topuz

Pelvik Destek Yapılarının Bozulması

- Pelvik organların kas ve fasial desteğinin zayıflaması ve uzaması sonucu gelişen durumlardır.

Female Genitalia, Dissected View

Ischiocavernosus muscle

Bulbocavernosus muscle

Central Point of Perineum

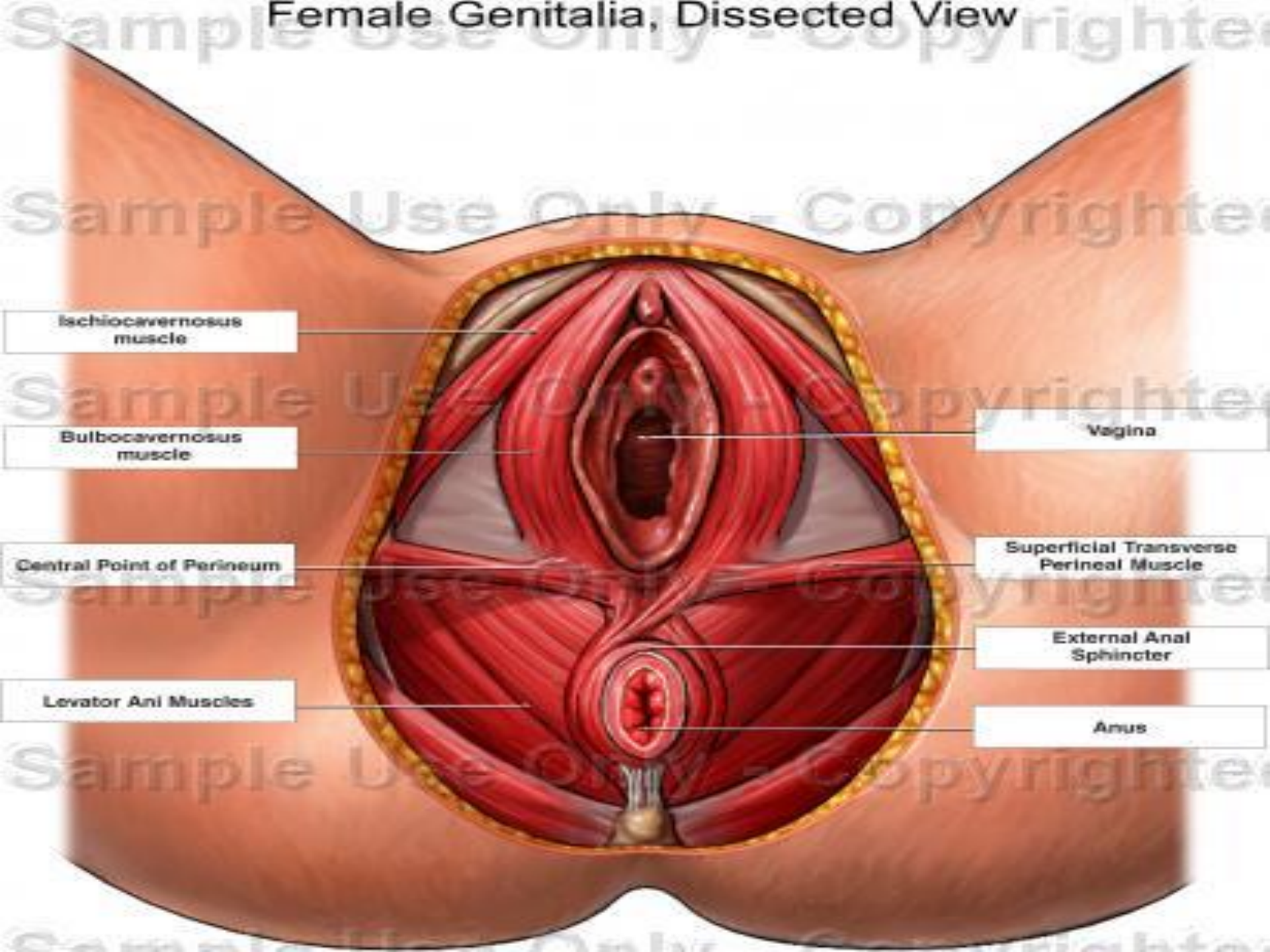
Levator Ani Muscles

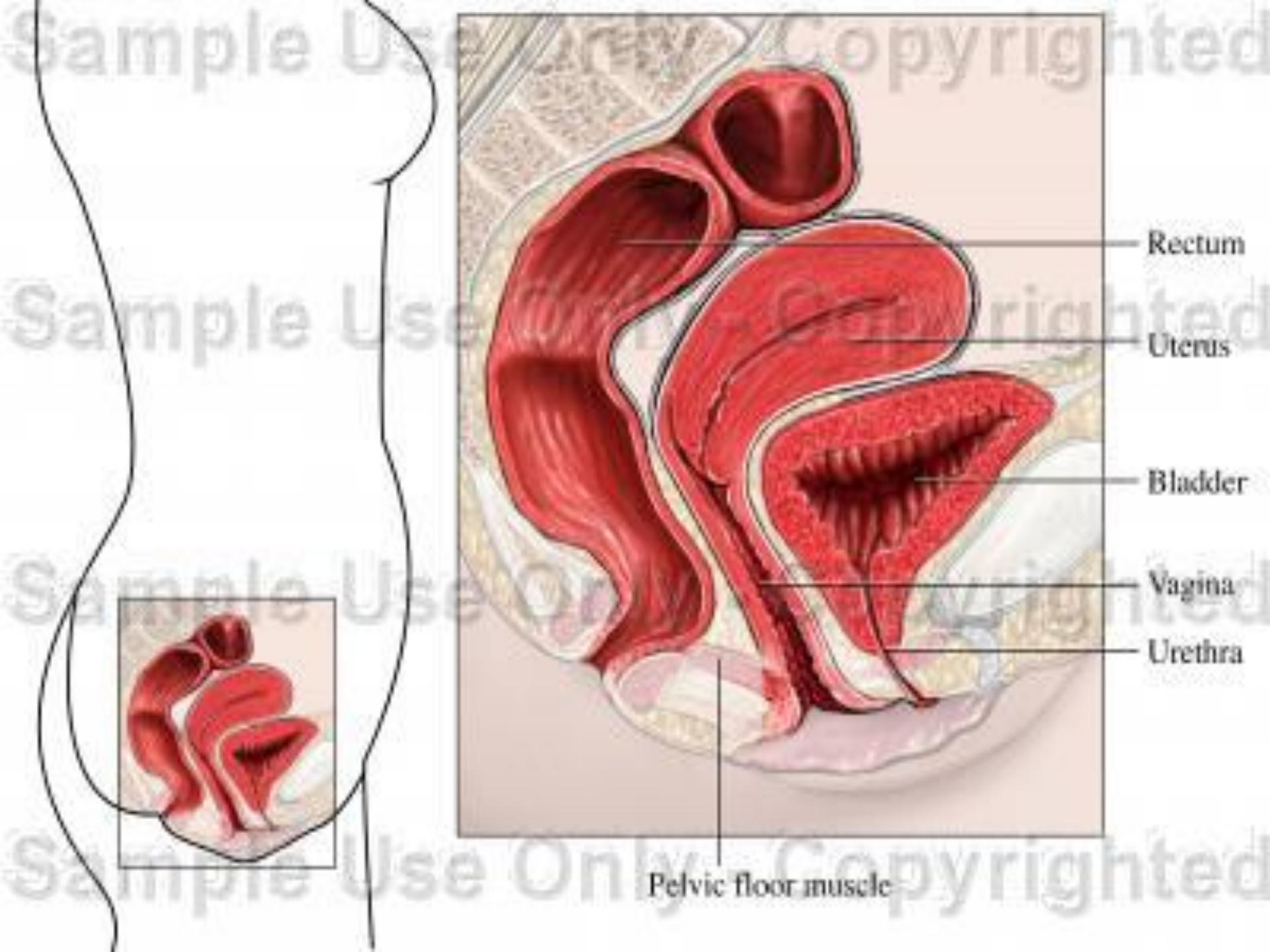
Vagina

Superficial Transverse Perineal Muscle

External Anal Sphincter

Anus





Pelvik Relaksasyona Neden Olan Faktörler

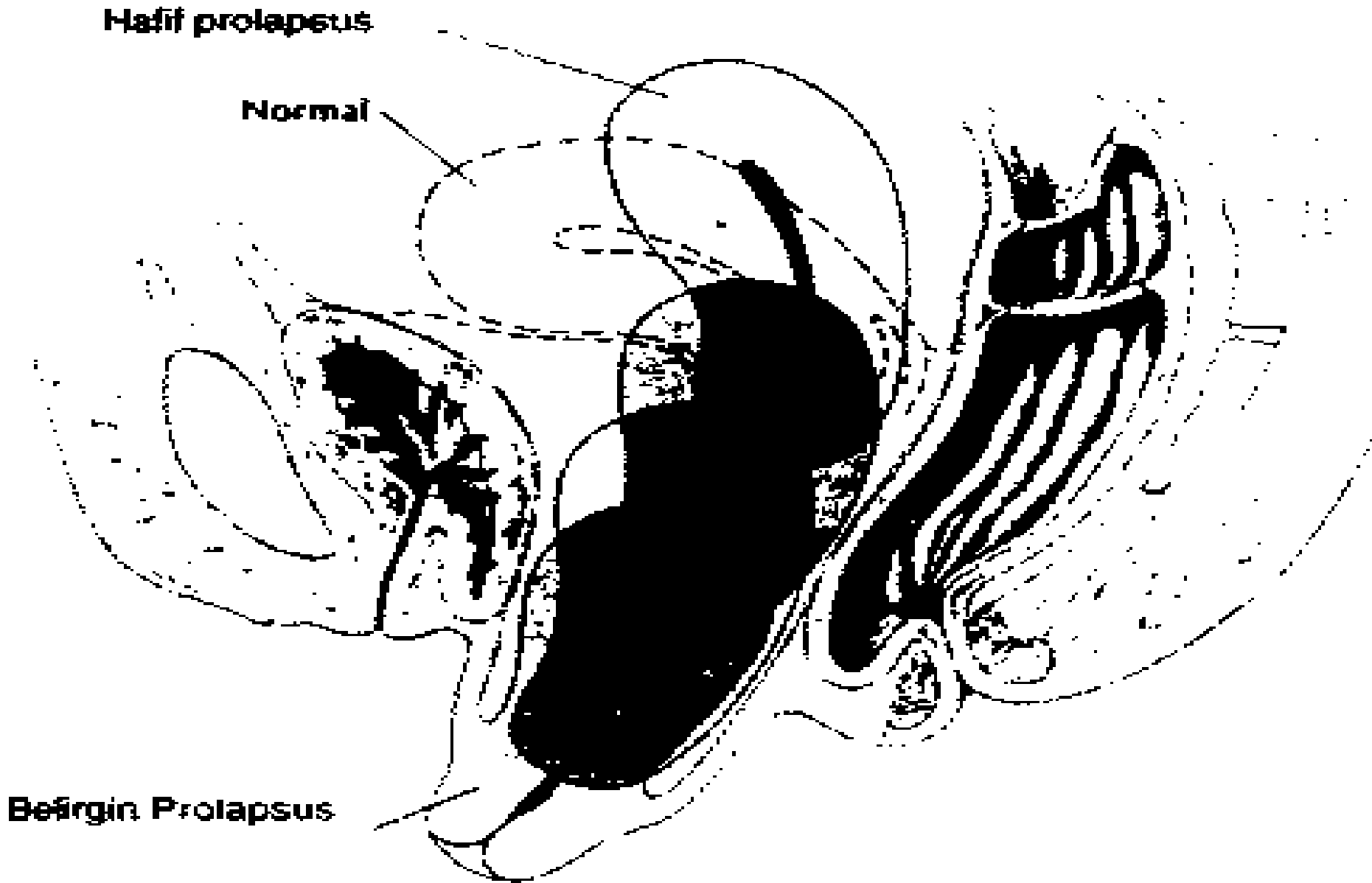
1. Pelvise ait konjenital nörolojik bozukluklar nedeniyle,
2. Pelvik yumuşak dokularının travma sonucu zedelenmesiyle,
3. İntraabdominal basıncın artmasına neden olan durumlar nedeniyle,
4. Menapoz nedeniyle.

Uretovajinal Prolapsus

- Uterusu destekleyen kardinal ligamentin doğumdan sonra eski haline dönememesi sonucu gelişir.
- Uterus vajinal duvara asılarak vajina aksından aşağı doğru inmesidir.
- Genellikle sistosel ve rektosel ile birlikte bulunur.

Uterus Prolapsusu-Desensusun Üç Derecesi

- Birinci derece: Uterus vajinal kanal içine doğru iner, ancak serviks vajinal açıklığa ulaşmamıştır.
- İkinci derece: Uterusun gövdesi vajinal kanalda, serviks vajinal açıklığa ulaşmış ancak dışarı çıkmamıştır.
- Üçüncü derece: Kompleyt prolapsus da denir. Serviks ve uterus vajinal açıklıktan çıkmıştır ve vajinal kanalda inversiyon vardır.



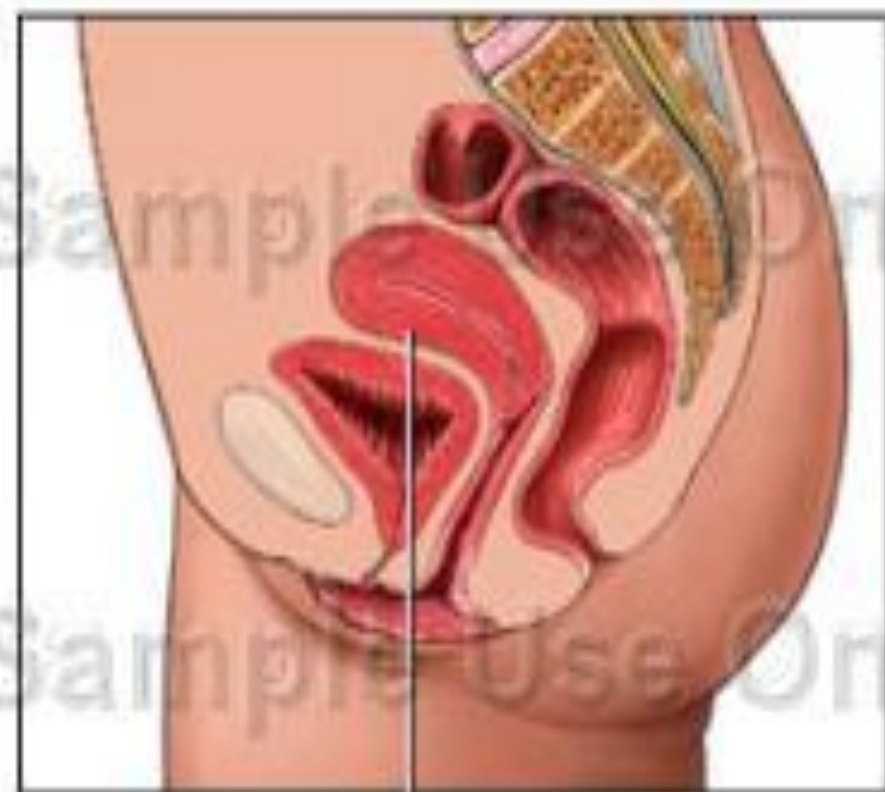
Şekil 24.1: Uterus prolapsusunun dereceleri

Normal
Female Pelvic Anatomy



Uterine Prolapse





Uterus



Prolapsed uterus

total prolapsus



© Copyright Doç. Dr. Fuat Demirci

vajen kaf (kubbe) prolapsusu



© Copyright Doç. Dr. Fuat Demirci

VAJİNAL PROLAPSUS

- Prolapsus, vajen duvarının yetersizliği sonucu gelişen bir durumdur.
- Vajen duvarının ön üst kısmının yetersizliğinde mesane (sistosel),
- Ön alt bölümünün yetersizliğinde uretra (uretrosel),
- Arka üst duvarın yetersizliğinde ince barsaklar (enterosel),
- Arka orta-alt duvarın yetersizliğinde rektum (rektosel) vajen duvarı ile birlikte aşağı doğru iner.

Sistosel

- Sistosel, mesanenin aŖađı doğru inerek vajen 6n duvarından çıkıntı yapmasıdır.
- Veziko- vajinal septumdaki destek dokularının hasar g6rmesi sonucu gevŖemesi ile ortaya çıkar.
- Sistoselde mesane kapasitesi artar ve mesanenin tamamen boŖalması zorlaŖır.



Sistoselin Yan Kesitten Ve Vajenden Görüntüsü

Vajen ön duvar santral defekt (sistosel)



© Copyright Doç. Dr. Fuat Demirci

Sistouretrosel-lateral defekt

© Copyright Doç. Dr. Fuat Demirci

Sistosel Nedenleri

- Baş-pelvis uyuşmazlığı,
- Zor ve uzun doğum eylemi ya da hızlı doğum eylemi,

Gibi Durumlar Vezikal Ve Vajinal Duvar Yapılarının Gerilmesine Ve İncinmesine Neden Olur. Mesane Boynu Ve Uretra, Prezente Olan Fetus Kısmı İle Pubik kemiğin Arasında Sıkışır Ya Da Prezente Olan Kısmın Önünde Aşağı Doğru Baskılanır. Yumuşak Doku İncinmeleri Genellikle Vajinal Epitelin Arkasında Ortaya Çıktığı İçin Gözle Görülmez. Sistosel Ve Uretrosel Böyle Olaylardan Sonra Ortaya Çıkar.

Vajen ön duvarındaki gevşeme her doğumla birlikte artar.

Tanı ve Tedavi

- Sistosel, vajinanın ön duvarında yaptığı çıkıntı, idrar tutamama, üriner sistem enfeksiyonu ve sistit ile teşhis edilir. (Ancak mesane boynu ve uretra hasar görmedikçe, idrar tutmada bir sorun olmaz)
- Vajinal yoldan yapılacak cerrahi müdahale ile sorun düzeltilir. Bu yöntem *anterior kolporafi* ya da *anterior onarım* denir. Genellikle ön- arka onarım birlikte yapılır.

Uretrosel

- Uretra altındaki paravajinal fasianın herniasyonu ile uretranın vajen içine doğru çıkıntı yapmasıdır.
- Bu durum asemptomatik olabildiği gibi kadın vajinadaki çıkıntıdan ve stres inkontinanstan da yakınabilir.

Enterosel

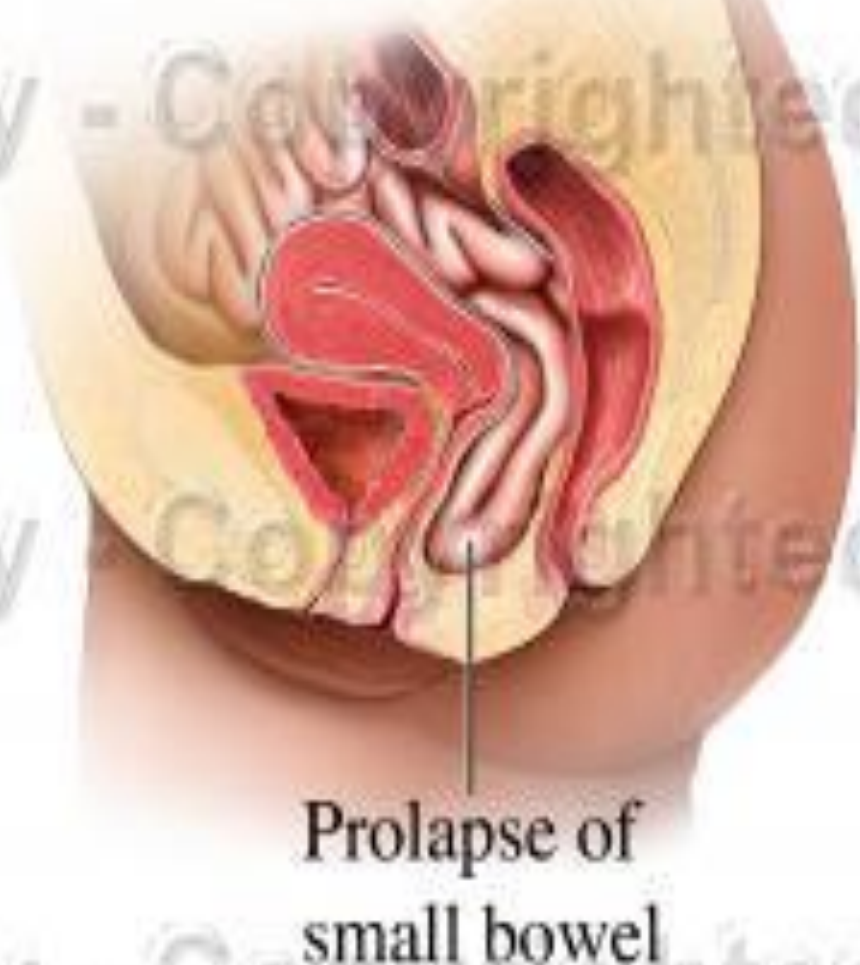
- Kul-de-sak boşluğunu dolduran ince barsakların, vajen duvarından çıkıntı yapmasıdır. Diğer ismi Posterior vajinal hernidir. Genellikle uterus prolapsusu ve vajinal histerektomi sonrasında görölür.



UTERUS PROLAPSUSU VE ENTEROSELİN YAN KESİTTEN GÖRÜLMESİ.

Normal
Female Pelvic Anatomy

Enterocoele



Tanı

- Kadın sorununun farkında olmayabilir ya da pelvik basınç ve sırt ağrısından yakınır. Enterosel, rektovajinal muayene sırasında, rektovajinal septumun kalınlığında artmanın ya da kadın öksürtüldüğünde muayene eden parmakta basınç hissinin alınması ile teşhis edilir

Rektosel

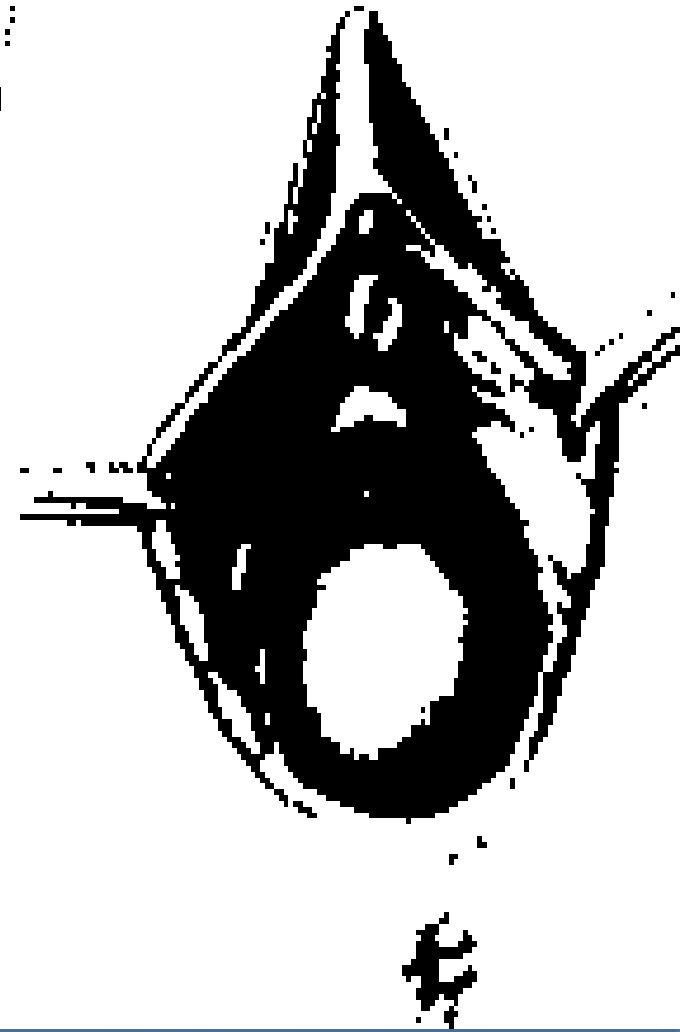
- Rektosel, vajinal fasia ve rektovajinal septumun gevşemesi ya da yırtılması ile ön rektal duvarın herniasyonudur. Diğer bir deyişle rektumun vajen duvarından çıkıntı yapmasıdır.

Klinik

- Rektosel hafif ise çok az belirti verir.
- Rektoselin ilerlediği durumlarda kadın ayakta iken vajinal açıklıktan büyük bir çıkıntı şeklinde kendini gösterir. Bu durum yatar pozisyonda kaybolur.
- Rektosel, konstipasyona ve hemoroide neden olduğu gibi aşığı doğru ıkınma hissini ve pelvik organların düşme hissini de yaratır.
- Her defekasyonda kadın zorlanır. Gaita, incelmiş olan rektovajinal duvara basınç yapar ve onun daha çok gerilmesine neden olur. Bazı kadınlar vajinal duvardan parmakla basınç yaparak defekasyonu kolaylaştırırlar..

Tedavi

- Cerrahi müdahale ile zayıflamış kaslar desteklenerek düzeltilir. Bu cerrahi yönteme *posterior onarım* ya da *posterior kolporafi* denir.



REKTOSELİN YAN KESİTTEN VE VAJENDEN GÖRÜNTÜSÜ

Rektosel



© Copyright Doç. Dr. Fuat Demirci

Pelvik Prolapsusun Genel Belirtileri

- Uzun süre ayakta kalmakla ortaya çıkan pelviste dolgunluk, aşağı doğru sarkma ve gerilme hissi,
- Vajenden ele kitle gelmesi
- Miksiyon ve defekasyon şikayetleri. İdrar yapmada ve defekasyonda güçlük ya da sık idrar gibi.
- Stres inkontinans
- Sırtın alt kısmında ağrı
- Yorgunluk hissi
- Koitusta rahatsızlık

Tanı ve Tedavi

- Vajen muayenesi ile tanılanabilir.
- Tedavi için, hafif prolapsuslarda kegel egzersizleri, kadının şikayetleri fazla ve sık sık sistit oluyorsa tedavi cerrahi yöntemle yapılmalıdır.
- Sistosel ve rektosel, anterior ve posterior kolporafi (ön-arka onarım) ile çözümlenir.

Sistosel Onarımı:

- Anterior kolporafide, ön vajinal duvar açılır, sistosel vajinal duvardan ayrılır, vajinal duvar ile sistosel arasındaki fasiyal tabaka süturlarla kuvvetlendirilerek sistosel düzeltilir. Daha sonra fazlalık olan vajinal duvar çıkarılarak absorbe edilen süturlarla kapatılır.

Manchester Onarımı:

- Sistosel onarıldıktan sonra vajinal duvar kapatılmadan transvers servikal ligamentlerin ve uterosakral ligamentlerin kısaltılmasını ve bazen vajen içine doğru uzamış serviksin amputasyonunu kapsayan cerrahi bir işlemdir. Genellikle ön-arka onarımla birlikte uygulanır.

Rektosel Onarımı:

- Posterior kolporafide, arka vajinal duvar hareketlendirilir, rektosel posterior vajinal duvardan ayrılır, fasiyal tabaka süturlarla güçlendirilerek rektosel ortadan kaldırılır. Fazla vajinal mukoza alınarak vajinal duvar kapatılır.

Enterosel Onarımı:

- Vajina ve rektum arasından aşağı doğru inen douglas peritonunun üzerini örten üst-arka vajinal duvar (enterosel sakı) açılır, ön ve arka onarımda izlenen süreç aynen uygulanır.

Uterus Prolapsusunda Onarım:

- Uterus prolapsusu kopleyt ise ligamentler son derece gevşek olacağından en iyi tedavi yöntemi histerektomidir. Histerektomi vajinal ya da abdominal yoldan yapılabilir

McCall kuldoplasti

Uterus

Uterosakral
ligament

Rektum

McCall kuldoplasti

Douglas

Uterus

Postoperatif Bakımın İki Temel Amacı

- Enfeksiyonu önlemek,
- Sütür üzerine olan baskıyı önlemek.

ÜRİNER İNKONTİNANS

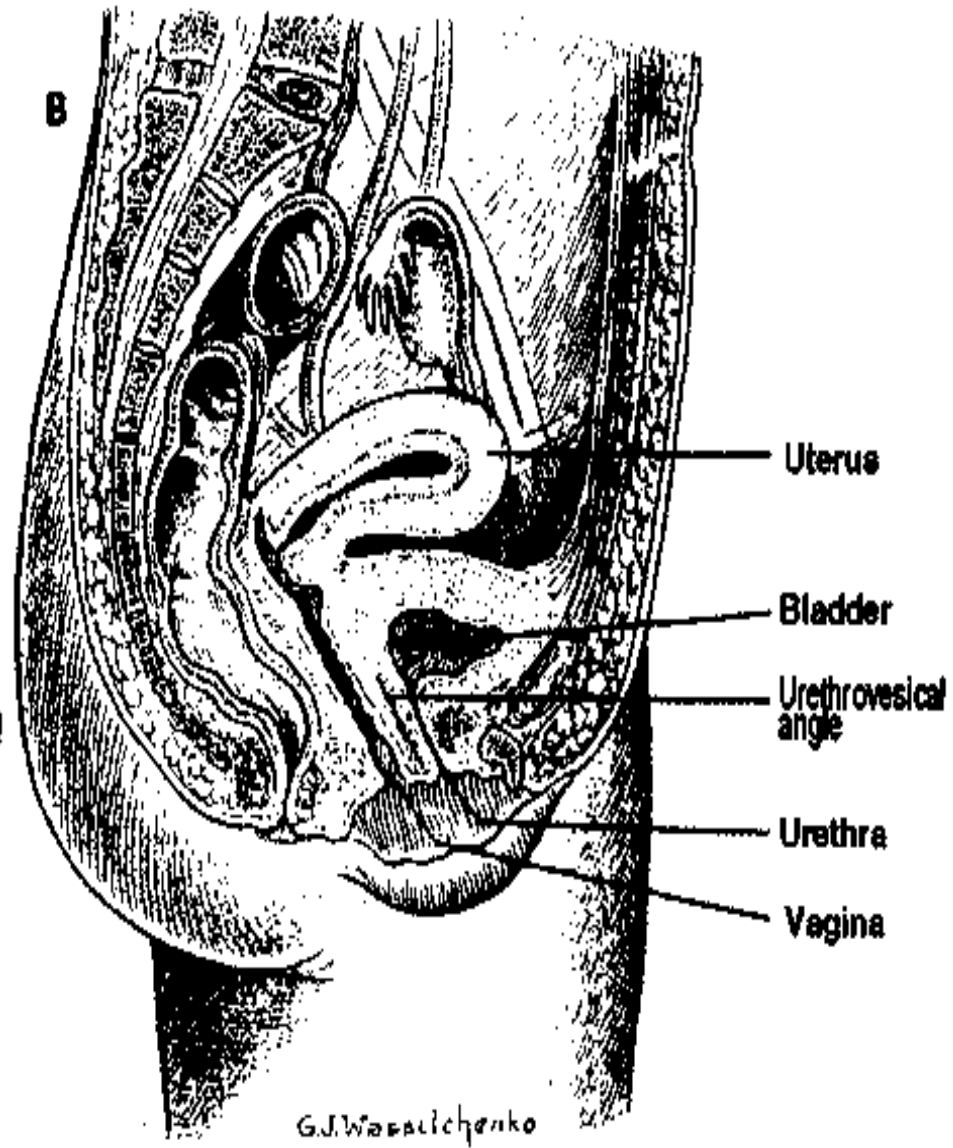
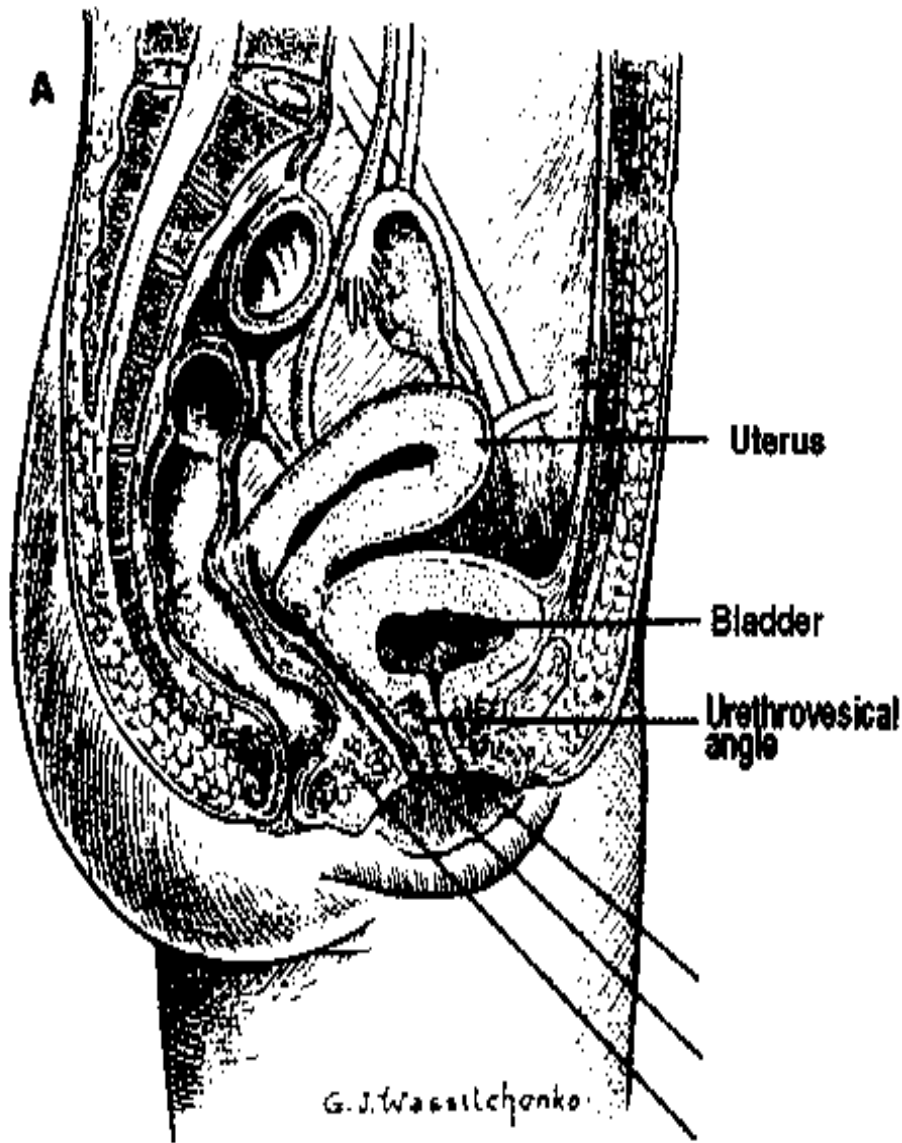
- Üriner kontrolün kaybıdır.

NEDENLERİ;

- Doğum zedelenmeleri
- İntraabdominal basıncın artmasına neden olan fiziksel zorlanmalar (öksürük, aerobik, ağırlık kaldırma, koşma gibi durumlar)

İdrar Kontrol Yeteneđini (Uriner Kontinans) Sađlayan Oluřumlar

- Mesane ile uretral kavşaktaki açının varlığı
- Perine tabanının desteği
- Uretra çevresindeki kaslar



Uretrovezikal açı. A. Normal açı B. Açının düzleşmesi

Uriner İnkontinensi (Pelvik Relaksasyonu) Hazırlayan Faktörler

- Zor ve uzun ya da hızlı doğum eylemine bağlı pelvis dokularının travmaya maruz kalması
- Çok ve sık doğuma bağlı pelvik dokuların tonüsünü kaybetmesi, özellikle pendulus abdomen (sarkık karın) gelişmesi ile pelvis içi destek sisteminin bozulması
- Menopozda estrojen eksikliğine bağlı dokularda kanlanmanın bozulması ve atrofinin gelişmesi
- Pelvik anatomik yapının ya da sinirlerin konjenital bozukluğu
- Karın içi basıncın sürekli artmasına neden olan durumlar (şişmanlık ve kronik öksürük, kronik kabızlık, ağır işte çalışma gibi)

İnkontinens İle Birlikte Görülen Diğer Belirtiler;

- Miksiyon sıklığı; İdrarın gün içinde yedi ve daha fazla sıklıkta, geceleyin ise iki ya da daha fazla sıklıkta yapılmasıdır.
- Urgensi: Mesanenin 50 ml idrar biriktirmeden acil miksiyon hissini oluşmasıdır. Genellikle enfeksiyon ile birlikte.
- Disüri: Acil miksiyon ile ağrının birlikte bulunmasıdır. Enfeksiyona bağlı gelişir.
- Noktüri: Gece boyunca miksiyon ihtiyacı duymaktır.

URETRAL SENDROM

- Uretral sendrom, bir enfeksiyona bağlı olmaksızın gelişen pollakuri, dizüri, urgensi ve mesanenin tam boşalamama durumudur.

DETRÜSÖR İNSTABİLİTESİ

- Mesanenin dolması ile parasempatik sistem miksiyon hissini uyarırken, çizgili kasların istemli olarak kasılması ile miksiyon hissi (mesanenin kontraksiyonu) inhibe edilmeye çalışılır.
- Öksürük, gerilme, ayakta durmak ve bunun gibi durumlar ile birlikte mesanenin dolması ile uyarılan Detrüsör kontraksiyonlarının inhibe olması durumunun ortadan kalkması ile *istemsiz inkontinans oluşur.*

Stress İnkontinansı İle Destrüksör İnstabilitesi Arasındaki Farklar

- Stres inkontinans'da, bir ya da daha fazla gebelikten sonra yavaşça başlayan inkontinans; gülme, ağlama, öksürme gibi karın içi basıncı artıracak eforlardan sonra idrar kaçıışı ve mesane dolu olsun ya da olmasın ufak miktarlarda başlayan idrar kaçıışı hikayesi vardır.
- Destrüksör instabilitede, gebeliklerden önce bile zayıf mesane öyküsü, özellikle çocukluk döneminde olmak üzere enürezis öyküsü, özellikle noktüri şeklinde pollakuri ya da acil inkontinans şikayetleri mevcuttur.

Tedavi

- ***Mesane jimnastiği:*** Hastaya belli zaman aralıkları ile, normal olarak 1,5 saatte bir idrar yapması önerilir. Hasta bu zaman aralığında idrarını tutmayı başarır ise zaman aralıkları uzatılır. Bu egzersiz sırasında normal sıvı alımı sağlanır.
- ***İlaç tedavisi:*** Detrüsör kasların parasempatik uyarılmasını inhibe eden ilaçların kullanılması. Trisiklik antidepresanlar özellikle noktürinin tedavisinde etkilidir. Ayrıca postmenopozal estrojen tedavisi de yararlı olmaktadır.

MESANE FONKSİYONUNUN URODİNAMİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Mesanenin değişik düzeylerdeki dolum hacimleri sırasında mesane hareketleri ve gerginliğinin, mesane aktivitesinin ve uretral akım ölçümlerinin değerlendirilmesidir.

Urodinamik Deęerlendirme Yapılması Gereken Durumlar

- Stres inkontinensin cerrahi tedavisine karar vermeden önce
- Gerçek stres inkontinensin, detrüsör instabiliteden ayırma güçlüğü olduğunda
- İnkontinens şikayeti ile yapılan ameliyatlardan sonrasında iyileşme görülmediğinde,
- Nörolojik bozukluklar mevcut ise
- Pelvik cerrahi ameliyatlardan sonra idrar yapmada zorluk çekiliyor ise,

Tedavi

- Eđer varsa, öncelikle kronik üriner enfeksiyon, obesite kronik öksürük v.b tedavi edilir.
- Hafif stres inkontinensi tedavisinde kegel egzersizlerinin günde 80-100 kez yapılması yararlı olur.
- Postmenopozal dönemde hormon takviye tedavisi dokulardaki atrofiyi azaltarak ve kanlanmayı artırarak uriner kontrolün gelişmesini sağlar.

Cerrahi Yaklaşımlar;

- ***Anterior Kolporafi:*** Vajinal ön duvar prolapsusununda olduğu durumlarda tercih edilir. Başarı oranı %60 dır.
- ***Uretropeksi:*** Suprapubik bir insizyonla girilerek mesane boyunun, iliopektinal ligament gibi komşu dokulara tesbit edilmesidir. Uretropeksi operasyonlarının, detrüsor instabilitenin olmadığı uretral yetersizlik olgularında başarı şansı yükselmektedir.
- ***Uretral sling operasyonu:*** Suprapubik ve vajinal yaklaşımla sentetik bir materyal ile uretranın, komşu dokulara tespit edilmesidir.

Ameliyat Sonrası;

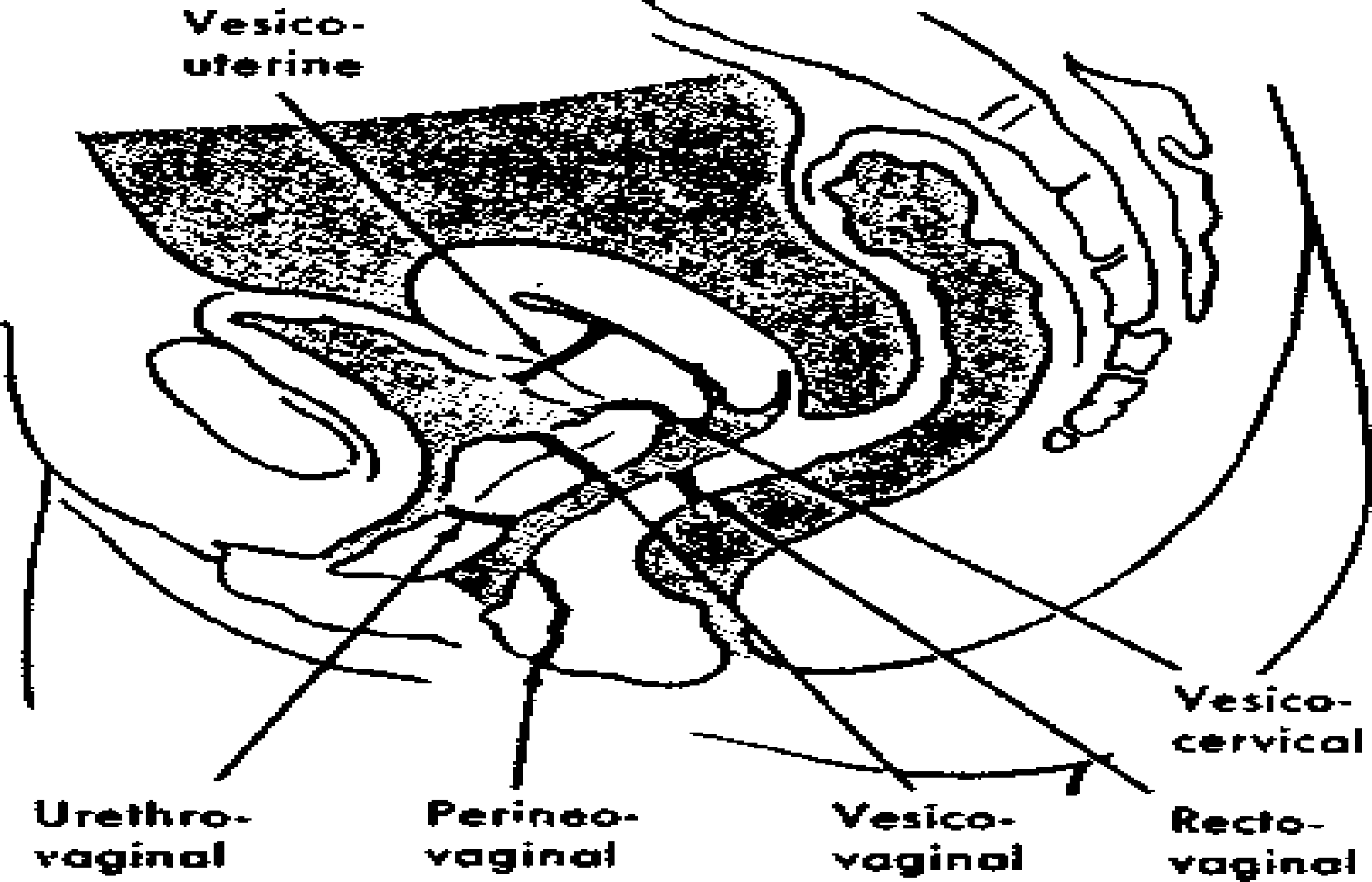
- İdrarın miktarı ve rengi takip edilir. İdrarın kanlı olması, iç kanamaya ya da irritasyona, bulanık olması bir enfeksiyona işaret eder. Çıkan idrar miktarının saatte 50 ml üzerinde olması gerekir.
- Kateter bakımı yapılmalıdır.
- Perine hijyenine ve mesanenin düzenli ve tam olarak boşaltılmasına dikkat edilmeli ve bu konularda kadına eğitim verilmelidir.

GENİTAL FİSTÜLLER

- Fistül; iki vücut boşluğu arasında ya da bir vücut boşluğu arasındaki anormal geçittir. Genital fistüller buldukları yere göre şöyle isimlendirilir.
- Vezikovajinal; mesane ile vajina arasında
- Ureterovajinal; Ureter ile vajina arasında
- Uretrovajinal; Uretra ile vajina arasında
- Rektovajinal: Rektum ile vajina arasında
- Vezikouterin; Mesane ile uterus arasında

Fistüleri Hazırlayan Nedenler

- Doğum travmaları,
- Histerektomi ya da diğer cerrahi girişimler sonrası Özellikle radikal histerektomi sonrası ureterovajinal fistüller, Vajinal histerektomi ya da ön onarımdan sonra da uretrovajinal fistüller gelişebilir.
- Kanser infiltrasyonu ve radyum tedavisi.



Vajina, uterus ve rektumda gelişen fistül tipleri

Tanı, Tedavi ve Bakım

- Vajinal fistüllerin tedavisi zordur. Küçük fistüller bir iki ay sonra kendiliğinden iyileşebilirler. Bununla birlikte genellikle cerrahi tedavi gerekebilir. Cerrahi işlemden önce dokulardaki ödem ve inflamasyonun iyileşmesi için 6 aylık bir zaman gerekir. Bu zaman içinde sık ve dikkatli perine hijyeni ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesi, kadının enfeksiyondan korunması açısından oldukça önemlidir.

Tanı, Tedavi ve Bakım

- Rektovajinal fistüllerin tedavisinde geçici kolostomi gerekebilir.
- Fistüllü hastaların bakımında sempatik, anlayışlı ve destekleyici olmak önemlidir. Fistüllü kadınlar idrar ve gaita kaçırmaya bağlı sürekli ıslaklık, temiz olamama, hem kendine hem de çevreye koku yayma gibi endişe ve rahatsızlık yaşarlar. Hijyenik uygulamalar ile bu rahatsızlıkları önlenabilir.

Rectovaginal Fistula and Anal Incontinence with Multiple Surgical Repairs

Advancement Flap Procedure

Sphincteroplasty Procedure

Subsequent Condition



Stool leaking into the vagina and out the anus due to damage to the anal sphincter.



A flap is made from the skin between the anal and vaginal openings and pulled down into the rectum to cover the fistula.



The skin on either side of the defect is pulled together and sutured closed.

Perineal view of the repair



Defect

The sphincter muscles on either side of the anus are dissected free and sutured together to eliminate the defect.



Hooked fistula

Perineal view with skin removed

Preoperatif Bakım:

- Ameliyattan önce hastaya yeterli sıvı alımının önemi anlatılmalıdır (hasta kısıtlamaya gidiyor olabilir)
- Her 4 saatte bir perinenin yıkanması (ameliyattan sonra steril materyel ile), oturma banyoları, vajinal duş ve sık değiştirilen pedler, yeterli bir perine hijyeni sağlamak açısından önemlidir.
- Koku giderici ve hastanın rahatını sağlayıcı önlemler için ısı lambası ve reçete edilmiş irrigasyon solüsyonlarının yanında doku direncini artırıcı A ve D vitaminli pomadlar kullanılabilir.
- Ilık su ve kokusuz, renksiz, yumuşak bir sabun ile perine ve çevresini yıkamak da kokunun giderilmesine ve hijyenin sağlanmasına yardım eder. Vajinal duş yapılırken suyun basıncının fazla olmamasına dikkat edilmelidir. Aksi halde basınçlı su, fistül bölgesini zorlar ve ciddi enfeksiyonlara neden olabilir.

Preoperatif Bakım:

- Rektovajinal fistüllü kadınlar için lağman, barsakları temizlemek ve drenajı sağlamak için istemlenebilir. Lağman için yumuşak, lastik bir kateter dikkatle kullanılmalı ve kateterin ucu fistülün olduğu aksi tarafa yönlendirilmelidir. Ameliyattan sonra lağman kesinlikle kullanılmaz.

Postoperatif Bakım:

- Ameliyattan sonra bakımın temel amacı, onarılan alana (sütura) olabilecek basıncı ve enfeksiyonu önlemektir.
- Bunun için yapılacaklar;

Bunun için yapılacaklar;

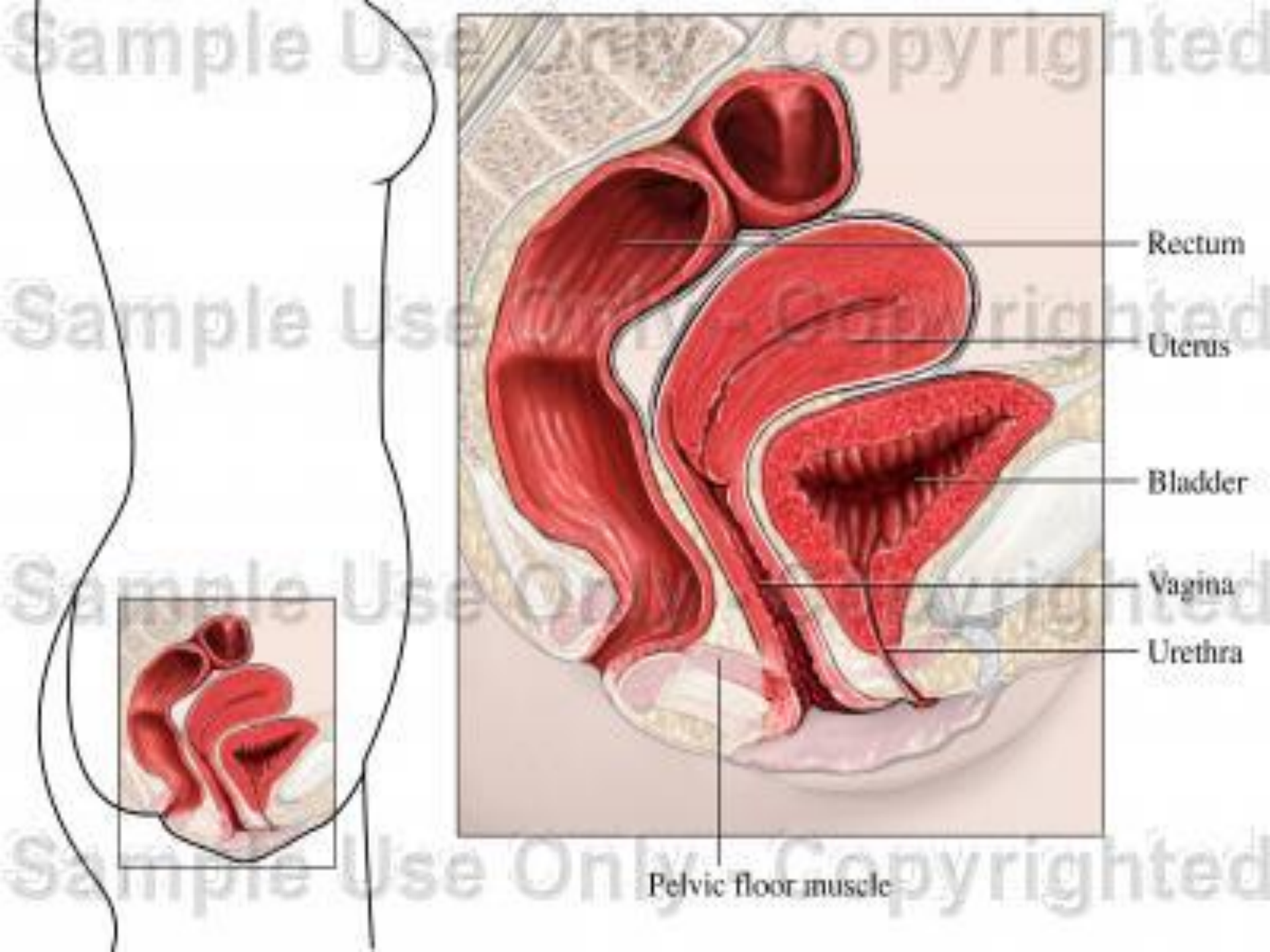
- Foley kateter, mesane drenajı için postoperatif iki hafta kalabilir. Uriner drenaj dikkatle izlenmeli ve hastanın yeterli sıvı alması sağlanmalıdır.
- Perine bakımı steril malzeme ile günde en az iki kez, her idrar ve defekasyondan sonra yapılmalıdır. Bu işlem, perine üzerine solüsyon dökülerek de yapılabilir.
- Isı lambası her gün 3 kez 15- 20 dakika uygulanarak perinenin iyileşmesi hızlandırılır. Lamba perine bakımından sonra uygulanırsa, perinenin kurummasını da sağlar. Oturma banyosu, süturlar alınıncaya kadar önerilmez.

Bunun için yapılacaklar;

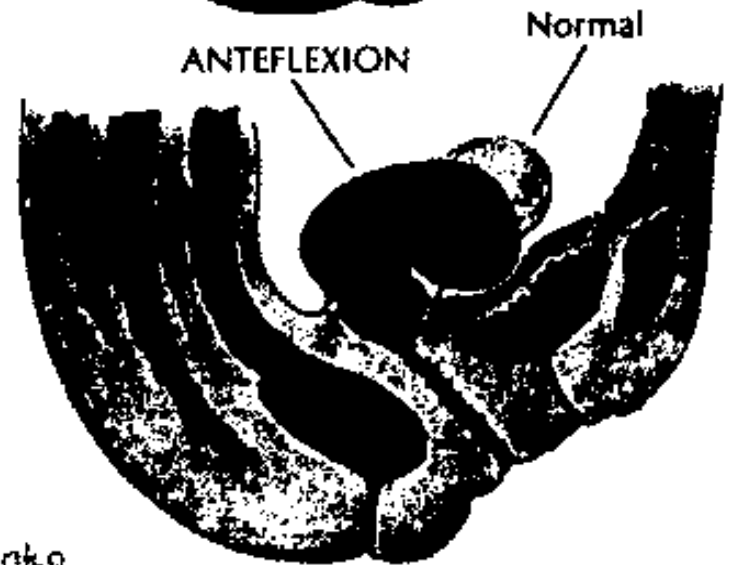
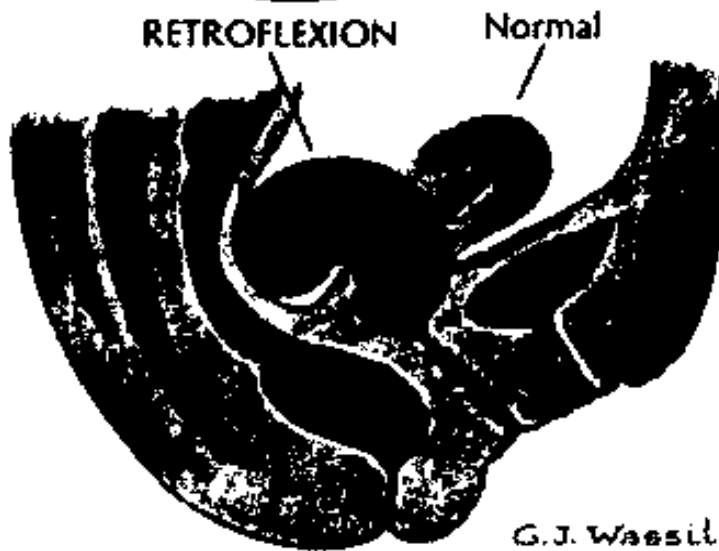
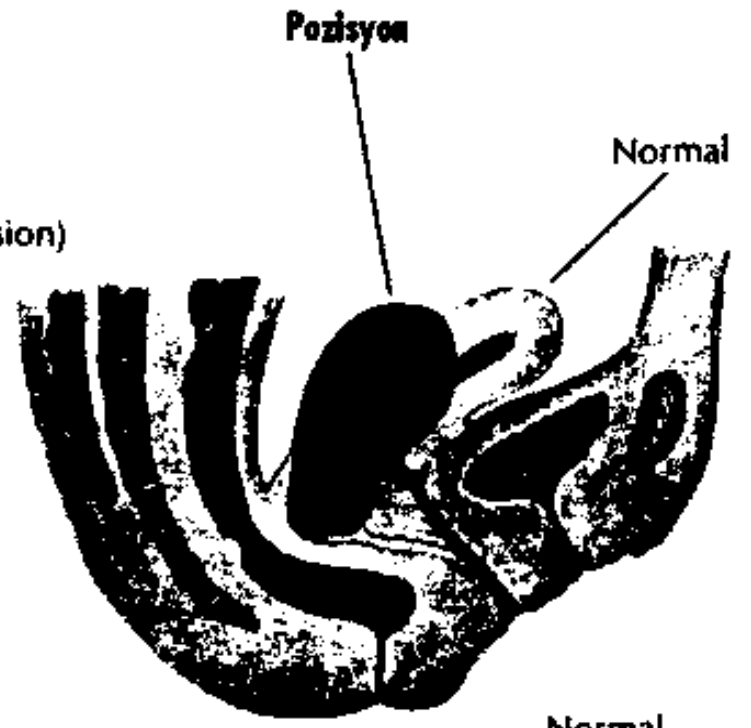
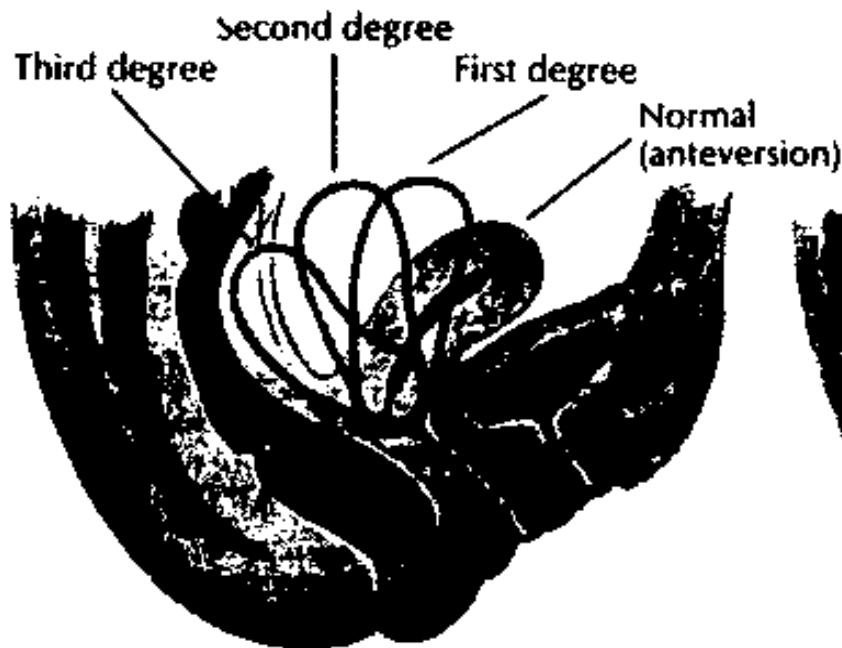
- Kateter ve drenaj torbası uretra seviyesinin altında olmalıdır. Kateterin kıvrılmamasına dikkat edilmelidir. Çünkü geride biriken idrar enfeksiyona neden olur.
- Yatak istirahatine ya da sadece oda içinde sınırlı aktiviteye ihtiyaç duyulabilir. Hareketsizliğin getireceği sorunları önlemeli ve emosyonel destek sağlanmalıdır.
- Postoperatif altı hafta ağır kaldırma, sarsılma gibi aktivitelerden kaçınmalıdır.
- Laksetifler barsakları yumuşatmak için önerilir. Lağmandan kaçınılması gerekir çünkü suture üzerine travmaya neden olur.

UTERUSUN YER DEĞİŞTİRMESİ

- Uterus normalde pelvisin orta çizgisi üzerinde, simetrik ve hareketli olarak uzanır. Pozisyonu 45 derecelik anterior fleksiyondur. Uterusun serviksi arkaya doğru vajinanın posterior kısmında yer alır.
- *En sık görülen pozisyon bozuklukları antovert, antofleks, retrovert, retrofleks Uterustur.*



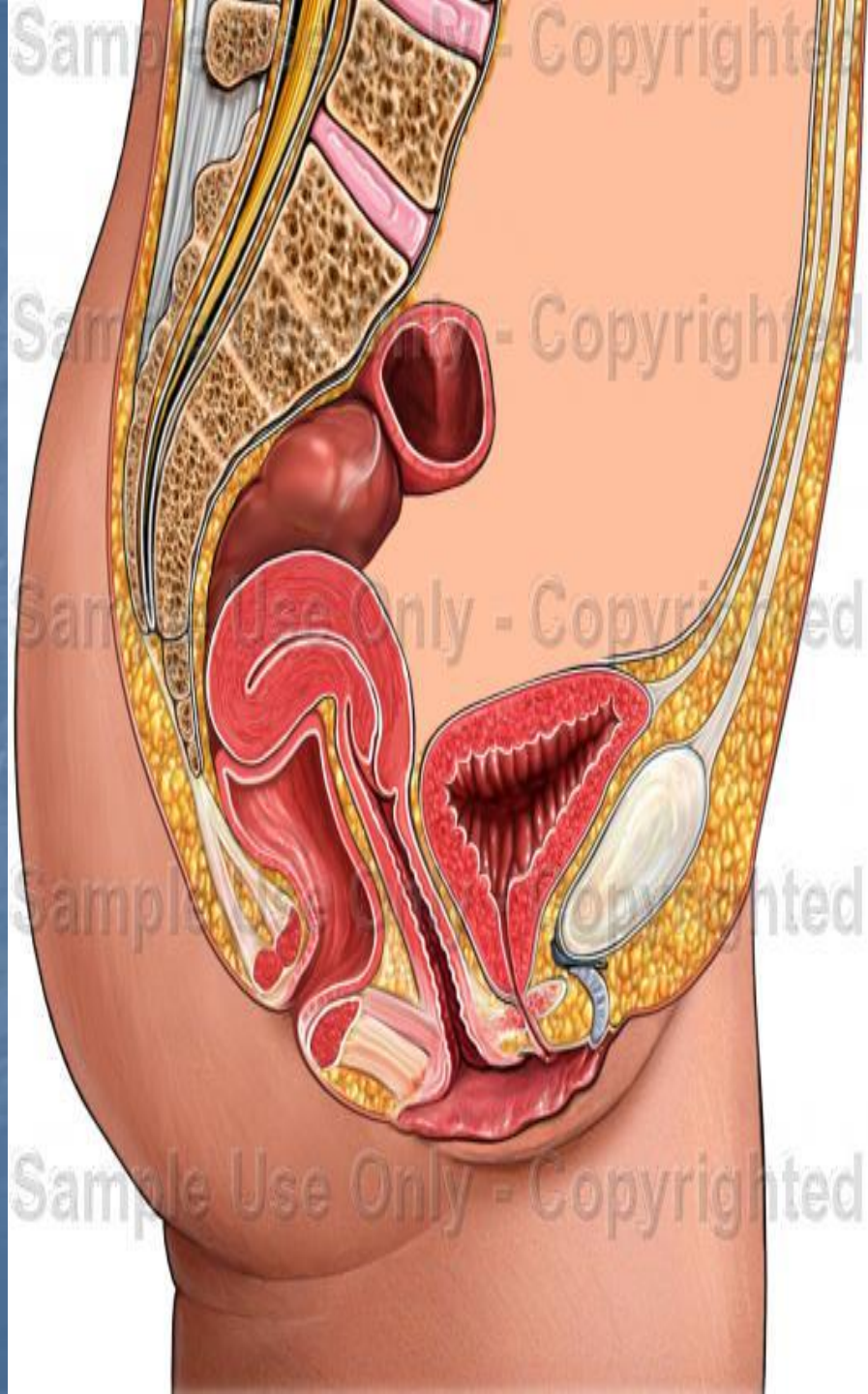
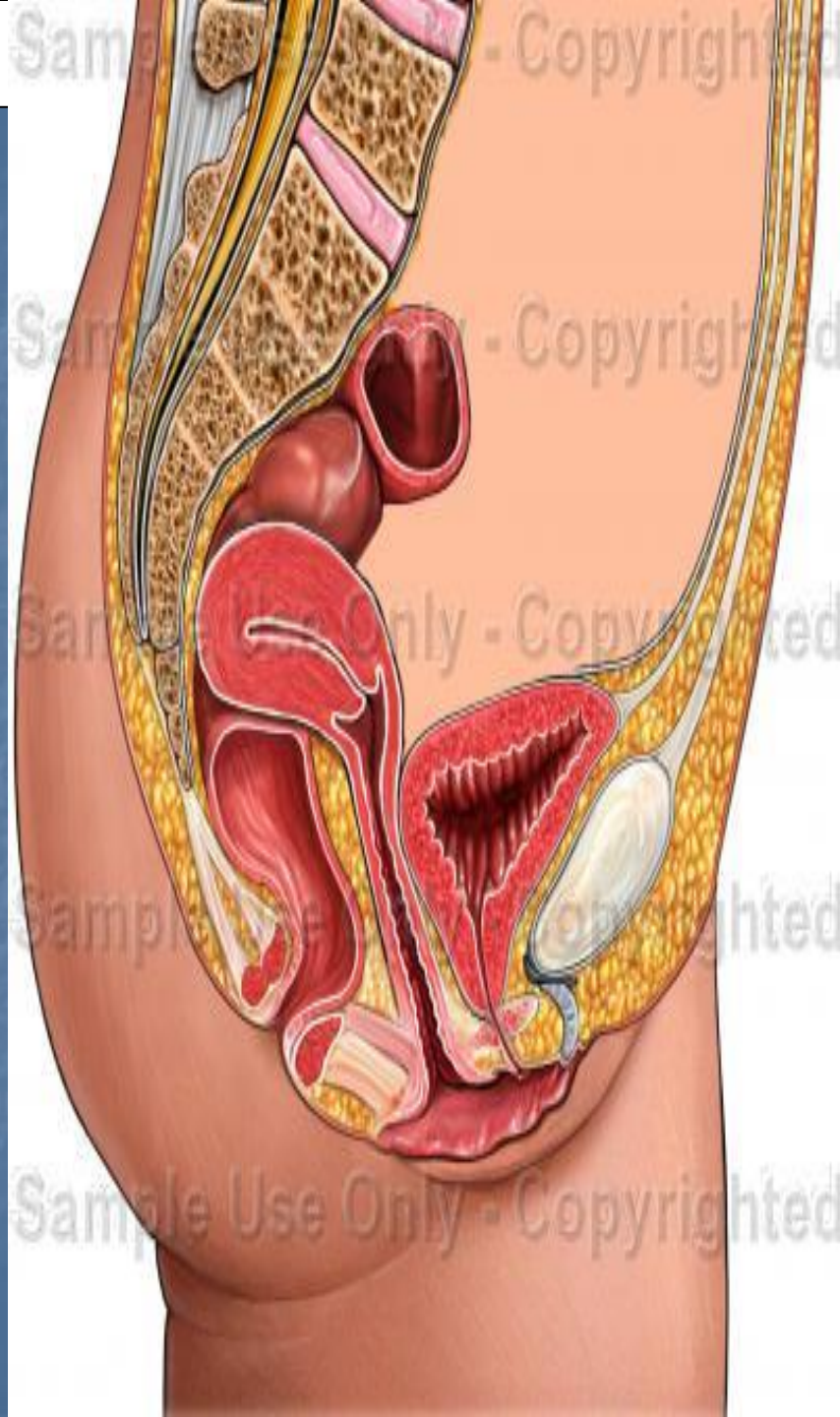
Retroversiyonun üç derecesi



G.J. Waasilchenko

Uterusun Retro Pozisyonu

- Uterusun retroversiyon pozisyonunda, uterusun uzun aksi geriye doğru yönlenmiştir. Bu durumda serviks vajinanın anterior duvarına bakar. Uterusun arkaya doğru yatma derecesine göre birinci, ikinci ve üçüncü derece retroversiyondan bahsedilir. Birinci derece retroversiyonda uterus hafif olarak arkaya yönlenmiştir. Üçüncü derece retroversiyonda uterusun fundusu sakrum boşluğuna yaslanmıştır.
- Uterusun retrofleksiyonunda, uterusun gövdesi serviks üzerinden arkaya doğru bükülmüştür. Bu durumda serviks vajen içinde normal pozisyonunda olabilir.



Hazırlayıcı Faktörler :

- Konjenital
- Pelvis destek yapılarının zayıflaması ya da tümör, endometriozis ve inflamatuvar durumlar sonucu edinsel olabilir.

Tanı

- Çoğu kez asemptomatiktir. Daha çok retrofleksiyon durumunda semptomlar ortaya çıkar. Bunlar,
 - Uzun süre ayakta kalma ile ilgili sırt ağrısı,
 - Uterus gövdesinin serviks üzerinden aşırı fleksiyonuna bağlı servikal kanaldaki obstruksiyona bağlı sekonder amenore ve infertilite,
 - Pelviste basınç hissi,
 - Koitus sırasında penisin douglas boşluğuna inmiş olan uterusu itmesine bağlı dispareni
 - Pelvik konjesyon ve adhezyon.
 - Bimanuel muayenede, posterior forniksten uterusun fundusu palpe edilirken, abdomenden korpusun palpe edilememesi,
 - Tanı ultrason ile kesinleştirilir.

Tanı

- Gebelikte; retrofleksiyon durumundaki uterus büyürken karın alt bölgesinde ağırlık hissi, bel ağrıları, mesane ve barsak şikayetleri ortaya çıkabilir. Bu belirtiler gebeliğin üçüncü ayında kaybolur. Çünkü gebe uterus büyürken öne doğru eğilir.

Tedavi:

- Uterusun pozisyon bozukluklarında tedavi nedene yönelik olarak planlanmalıdır. Öncelikle bu bozuklukların gelişmemesi için önlem alınması daha önemlidir.
- Çok sık olmamakla beraber peser uygulaması da tedavi alternatiflerinden biridir. Uterus normal antovert pozisyonuna getirildikten sonra peser yerleştirilir. Peserin uygun olması ve doğru yerleştirilmesi önemlidir. Peser vajinal mukozayı irrite eder. Bu nedenle kadına haftada iki kez önerilen solüsyonla vajinal duş yapması öğretilir. İzlem önemlidir. Peser uygulanmasından 3- 4 hafta sonra kadının yeniden değerlendirilmesi gerekir. Vajinal mukoza irritasyon yönünden değerlendirilir. Gerekirse peser değiştirilir ya da çıkarılır. Kadına peserin 3- 4 haftada bir kontrol edilmesi ve çıkarılıp temizlenmesi gerektiği öğretilmelidir.
- Retroversiyon tekrarlayabilir.

Uterusun Ante Pozisyonu

- Uterusun antefleksiyon pozisyonunda, serviks ile korpus arasındaki açı 90 derecenin altına düşer. Genellikle nedeni konjenitaldır ve uterus infantildir. Ovariyal yetersizliğe bağlı menarşta gecikme görülür. Nadiren doğumlardan, düşüklerden ya da kronik bir enfeksiyondan sonra görülebilir.
- Dismenore, infertilite ve siklus bozuklukları, infantil uterus ve ovariyel yetmezliğe bağlı gelişir.
- Antefleksiyon uterusun tedavisinde hormon, yeterli beslenme, vitaminler ve spor önerilir.

TEŞEKKÜRLER

