

Urologe 2021 · 60:1331–1335
<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01631-4>
Angenommen: 3. August 2021
Online publiziert: 1. September 2021
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021

DGU  URO EVIDENCE



Pessare (mechanische Vorrichtungen) zur Behandlung von Senkungszuständen des weiblichen Genitales

Jennifer Kranz^{1,2}

¹ Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Klinik für Urologie und Kinderurologie, St.-Antonius-Hospital, Eschweiler, Deutschland

² UroEvidence, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Berlin, Deutschland

Originalpublikation

Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R (2020) Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 11(11):CD004010. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4>. PMID: 33207004; PMCID: PMC8094172.

Übersetzung

Hintergrund. Senkungszustände des Genitales sind ein häufiges Problem bei Frauen. Etwa 40 % der Frauen erleiden im Laufe ihres Lebens einen Senkungszustand, wobei erwartet wird, dass der Anteil mit dem Altern der Bevölkerung steigt. Frauen erleben eine Vielzahl von störenden Symptomen als Folge eines Senkungszustands einschließlich eines vaginalen Fremdkörpergefühls, Schmerzen, Harntraktsymptome, Darmbeschwerden und sexuelle Schwierigkeiten. Die Behandlung des Senkungszustands umfasst Operationen, Beckenbodentraining (PFMT) und Vaginalpessare. Vaginalpessare sind passive mechanische Vorrichtungen, die die Vagina stützen und die vorgefallenen Organe wieder in der anatomisch korrekten Position halten sollen. Die am häufigsten verwendeten Pessare werden aus Polyvinylchlorid, Polyethylen, Silikon oder Latex hergestellt. Pessare werden von Ärzten häufig verwendet, wobei eine hohe Anzahl von Ärzten ein Pessar als Erstlinientherapie bei Prolaps anbietet. Dies ist eine Aktualisierung eines Cochrane Reviews, der erstmals 2003 und zuletzt 2013 veröffentlicht wurde.

Ziel. Das Ziel des Reviews war die Bewertung der Effekte von Pessaren (mechanischen Vorrichtungen) zur Behandlung eines Senkungszustands des Genitales bei Frauen sowie die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse relevanter ökonomischer Bewertungen zu dieser Intervention.

Suchmethodik. Wir durchsuchten das Cochrane Incontinence Specialised Register, das Studien enthält, die aus dem Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, MEDLINE In-Process, MEDLINE Epub Ahead of Print, ClinicalTrials.gov, WHO ICTRP und einer Handsuche in Zeitschriften und Konferenzberichten identifiziert wurden (die Suche erfolgte am 28. Januar 2020). Wir durchsuchten die Referenzlisten der relevanten Artikel und kontaktierten die Autoren der eingeschlossenen Studien.

Auswahlkriterien. Wir schlossen randomisierte und quasirandomisierte kontrollierte Studien ein, in denen in mindestens einem Studienarm ein Pessar zur Behandlung eines Senkungszustands des Beckenbodens verwendet wurde.

Datensammlung und Analyse. Zwei Reviewautoren bewerteten unabhängig voneinander die Abstracts, extrahierten die Daten, bewerteten das Risiko für Bias und führten GRADE-Bewertungen durch, wobei ein dritter Reviewautor bei Bedarf vermittelnd eingriff.

Die Zusammenfassung ist eine Übersetzung des Abstracts der Originalpublikation.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hauptergebnisse. Wir schlossen vier Studien mit insgesamt 478 Frauen mit verschiedenen Prolapsstadien ein, die alle in einkommensstarken Ländern durchgeführt wurden. In einer Studie stimmten nur 6 der 113 rekrutierten Frauen einer zufälligen Zuteilung zu einer Intervention zu; für diese 6 Frauen sind keine Daten verfügbar. Wir konnten keine Metaanalyse durchführen, da jede der Studien einen anderen Vergleich beinhaltete. Keine der Studien berichtete Daten über die wahrgenommene Auflösung der Senkungszustandsymptome oder über psychologische Ergebnismessungen. Alle Studien berichteten Daten über die wahrgenommene Verbesserung der Senkungszustandsymptome. Insgesamt waren die Studien aufgrund der fehlenden Verblindung mit einem hohen Risiko für einen Performancebias behaftet, während das Risiko für einen Selektionsbias gering war. Wir stufen die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz aufgrund einer unzureichenden Präzision der Ergebnisse herab, die sich aus der geringen Anzahl der an den Studien teilnehmenden Frauen ergibt.

Pessar vs. keine Behandlung. Nach 12 Monaten Nachbeobachtung sind wir unsicher bezüglich des Effekts von Pessaren im Vergleich zu keiner Behandlung auf die wahrgenommene Verbesserung der Senkungszustandsymptome (Mittelwertdifferenz [MD] in den Fragebogenwerten $-0,03$; 95%-Konfidenzintervall [KI] $-0,61$ bis $0,55$; 27 Frauen; 1 Studie; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) und Heilung oder Verbesserung sexueller Probleme (MD $-0,29$; 95%-KI $-1,67$ bis $1,09$; 27 Frauen; 1 Studie; sehr niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Bei diesem Vergleich fanden wir keine Evidenz in Bezug auf die senkungszustandspezifische Lebensqualität oder auf die Anzahl der Frauen mit unerwünschten Ereignissen (krankhafte vaginale Blutungen oder De-novo-Miktionsbeschwerden).

Pessar vs. Beckenbodenmuskeltraining (PFMT). Nach einer Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten sind wir uns nicht sicher, ob es einen Unterschied zwischen Pessaren und PFMT in Bezug auf die von den Frauen wahrgenommene Verbesserung der Senkungszustandsymptome (MD

$-9,60$; 95%-KI $-22,53$ bis $3,33$; 137 Frauen; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz), der senkungszustandspezifischen Lebensqualität (MD $-3,30$; 95%-KI $-8,70$ bis $15,30$; 1 Studie; 116 Frauen; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) oder der Heilung oder Verbesserung von sexuellen Problemen (MD $-2,30$; 95%-KI $-5,20$ bis $0,60$; 1 Studie; 48 Frauen; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) gibt. Pessare können im Vergleich zu PFMT zu einem stark erhöhten Risiko für unerwünschte Ereignisse führen (RR $75,25$; 95% KI $4,70$ bis $1205,45$; 1 Studie; 97 Frauen; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Zu den unerwünschten Ereignissen gehörten ein vermehrter Vaginalausfluss und/oder eine vermehrte Harninkontinenz und/oder Erosionen oder Irritationen der Vaginalwände.

Pessar plus PFMT vs. PFMT allein. Nach 12 Monaten Nachbeobachtung führt eine Pessarbehandlung plus PFMT im Vergleich zu PFMT allein wahrscheinlich dazu, dass mehr Frauen eine Verbesserung ihrer Senkungszustandsymptome wahrnehmen (RR $2,15$; 95%-KI $1,58$ bis $2,94$; 1 Studie; 260 Frauen; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Nach einer Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten verbessert eine Pessarbehandlung plus PFMT wahrscheinlich die senkungszustandspezifische Lebensqualität der Frauen im Vergleich zu PFMT allein (Median [Interquartilsbereich (IQR)] POPIQ-Score: Pessar plus PFMT $0,3$ [$0-22,2$]; 132 Frauen; nur PFMT $8,9$ [$0-64,9$]; 128 Frauen; $p=0,02$; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Pessarbehandlung plus PFMT erhöht möglicherweise das Risiko für krankhafte vaginale Blutungen im Vergleich zu PFMT allein geringfügig (RR $2,18$; 95%-KI $0,69$ bis $6,91$; 1 Studie; 260 Frauen; moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Die Evidenz ist unklar in Bezug darauf, ob die Nutzung eines Pessars plus PFMT im Vergleich zu alleinigem PFMT einen Einfluss auf das Risiko von De-novo-Miktionsbeschwerden hat (RR $1,32$; 95%-KI $0,54$ bis $3,19$; 1 Studie; 189 Frauen; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Schlussfolgerungen der Autoren. Wir sind uns nicht sicher, ob Pessare die Senkungszustandsymptome für Frauen

im Vergleich zu keiner Behandlung oder PFMT verbessern, aber Pessare zusätzlich zu PFMT verbessern wahrscheinlich die Senkungszustandsymptome der Frauen und die senkungszustandspezifische Lebensqualität. Möglicherweise gibt es jedoch ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Ereignisse bei Pessaren im Vergleich zu PFMT. Zukünftige Studien sollten eine ausreichende Anzahl von Frauen rekrutieren und klinisch wichtige Endpunkte wie die senkungszustandspezifische Lebensqualität und die Behebung der Senkungszustandsymptome messen. Der Review fand zwei relevante ökonomische Evaluationen. Von diesen bewertete eine die Kosteneffektivität der Pessarbehandlung, des Erwartungsmanagements und der chirurgischen Verfahren und die andere verglich die Pessarbehandlung mit PFMT.

Kommentar

Hintergrund. Unter einem Senkungszustand des weiblichen Genitales, auch Descensus genitales genannt, versteht man das Tiefertreten der Organe des kleinen Beckens. Häufig ist dabei nicht nur ein Kompartiment isoliert betroffen, sondern es liegen Kombinationen von Senkungszuständen vor.

Ein Senkungszustand, der über den Introitus vaginae hinausgeht, wird in Deutschland als Prolaps bezeichnet. In der angloamerikanischen Literatur wird hingegen jeglicher Senkungszustand als „pelvic organ prolapse“ bezeichnet. Bei der Sichtung von Literatur ist es daher wichtig, auf diese Feinheiten der Definition bzw. Nomenklatur zu achten, um Missverständnissen vorzubeugen.

Etwa 40% der über 40-jährigen Frauen sind von einem Descensus genitales bzw. Prolaps betroffen [1], wobei die Prävalenz voraussichtlich mit zunehmendem Alter der Bevölkerung steigen wird [2].

Die Ätiologie ist multifaktoriell und oftmals auf eine Kombination von verschiedenen Risikofaktoren zurückzuführen [3]. Zu den etablierten Risikofaktoren zählen eine vaginale Entbindung, das fortschreitende Alter und Adipositas. Zu den potenziellen geburtshilflichen Risikofaktoren zählen die Anzahl der Schwangerschaften, Forcepsentbindungen, junges Alter bei der ersten Entbindung und ein Ge-

birthsgewicht des Kindes >4,5 kg. Unter Berücksichtigung anatomischer Merkmale und der Familien- und Krankengeschichte wird angenommen, dass die Form des knöchernen Beckens, Senkungszustände in der Familienanamnese, die ethnische Herkunft, schwere körperliche Arbeit, chronische Obstipation, Bindegeweberkrankungen, eine vorherige Hysterektomie und die Behandlung mit selektiven Östrogenrezeptormodulatoren ebenfalls mit einem höheren Risiko für das Auftreten eines Beckenbodenprolapses verbunden sind [3].

Prinzipiell erfolgt die Einteilung der Senkungszustände des weiblichen Genitales nach der Lokalisation des Defektes. Hierbei wird zwischen dem Deszensus des vorderen (anterior), mittleren (apikal) oder hinteren (posterior) vaginalen Kompartiments unterschieden. Die vordere Vaginalwand ist am häufigsten betroffen und durch ein Tiefertreten der Harnblase, Zystozele, charakterisiert. Ein apikaler Prolaps wird durch den Deszensus des Gebärmutterhalses und/oder Uterus, oder bei Zustand nach Hysterektomie, des Vaginalstumpfes verursacht. Der Deszensus des posterioren Kompartiments tritt häufig aufgrund einer Rektozele auf, jedoch kann auch eine Enterozele oder Sigmoidozele vorliegen.

Eine Klassifizierung des Schweregrads gelingt mithilfe des international häufig genutzten „pelvic organ prolapse quantification system“ (POP-Q-System), das von der International Continence Society (ICS), der American Urogynecologic Society und der Society of Gynecologic Surgeons anerkannt ist [4].

Das POP-Q-System basiert auf einem objektiven System, welches zur Beschreibung, Quantifizierung und Schweregradklassifizierung verwendet wird, wobei der Hymenalsaum als fester Bezugspunkt berücksichtigt wird. Der Hymenalsaum ist bei Senkungszuständen eine wichtige Landmarke, da ein Deszensus genitalis meist erst nach Erreichen des Hymenalsaums symptomatisch ist.

Neben der reinen anatomischen Veränderung können bei Frauen verschiedene Symptome im Zusammenhang mit einem Senkungszustand auftreten [3]:

- vaginal: Empfindung oder Sichtbarmachung einer Ausbuchtung oder

Vorwölbung, Druck und Schweregefühl im Beckenbereich,

- Harntrakt: Harninkontinenz, Veränderungen der Miktionsfrequenz, imperativer Harndrang, abgeschwächter Harnstrahl, Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung, Notwendigkeit der manuellen Reposition, um die Entleerung zu initiieren oder zu beenden, Notwendigkeit der Veränderung der Miktionsposition,
- Darm: Inkontinenz von Flatus/flüssigem oder festem Stuhl, Anstrengung oder Gefühl der Verstopfung bei Defäkation, Drang zur Defäkation, Gefühl der unvollständigen Darmentleerung,
- sexuell: Dyspareunie.

Die Therapie von symptomatischen Senkungszuständen des weiblichen Genitales umfasst konservative sowie operative Behandlungsoptionen. Neben einer Modifikation des Lebensstils (Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung etc.) zählen Beckenbodengymnastik sowie vaginale Hilfsmittel wie beispielsweise Pessare zu den konservativen Maßnahmen. Man unterscheidet bei den Pessaren verschiedene Formen (Ring-, Würfel- oder Schalenpessare), die je nach Indikation (Senkungszustand und/oder Harninkontinenz) ausgewählt und vaginal platziert werden. Ziel einer Pessartherapie ist es, die Häufigkeit und Schwere der Symptome zu lindern und/oder die Notwendigkeit einer Operation abzuwenden oder zu verzögern. Allerdings stammt die meiste Evidenz für die Verwendung von Pessaren zur Behandlung von Senkungszuständen des weiblichen Genitales aus nicht-randomisierten Studien, sodass die tatsächliche Wirksamkeit noch nicht eindeutig belegt ist.

Gesamtbeurteilung. Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit [5] ist eine Aktualisierung des bereits im Jahr 2003 und 2013 veröffentlichten Cochrane Reviews und untersucht auf der Grundlage randomisierter bzw. quasirandomisierter kontrollierter Studien (RCT), wie wirksam Pessare in der Behandlung von Senkungszuständen des weiblichen Genitales sind. Zudem ist die Erstellung einer kurzen ökonomischen Evaluation Ziel der systematischen Übersichtsarbeit. In diesem sollen

die Kosten der unterschiedlichen Therapiemaßnahmen (z. B. Pessare mit/ohne Beckenbodengymnastik etc.) ins Verhältnis zu ihrer Wirksamkeit gesetzt werden.

Insgesamt wurden vier RCT mit 478 erwachsenen Frauen in diese systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen. Diese Studien umfassen Frauen mit einem symptomatischen Senkungszustand des weiblichen Genitales (beliebiges POP-Q-Stadium sowie Senkung eines jeden Kompartiments). Das Durchschnittsalter liegt zwischen 30,4 bis 65,6 Jahren. Hieraus ergibt sich ein repräsentatives Abbild der von Senkungszuständen betroffenen Frauen in der Gesamtbevölkerung.

Die eingeschlossenen Studien wurden in Ländern mit einem hohen Einkommen durchgeführt (Niederlande, Hongkong und Deutschland) und weisen eine Nachbeobachtungszeit von 6 Wochen bis zu 2 Jahren auf.

Die Interventionen, die im Rahmen der RCT untersucht wurden, umfassen folgende (jeweils eine Studie):

- Pessar vs. Standardversorgung (keine Interventionen für 6 Wochen nach der Geburt, Studie im postpartalen Setting),
- Pessar vs. Beckenbodengymnastik,
- Pessar vs. Operation (Daten im Rahmen des Reviews nicht analysierbar),
- Pessar plus Beckenbodengymnastik vs. alleinige Beckenbodengymnastik.

Im Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit konnte keine Metaanalyse durchgeführt werden, da jede eingeschlossene Studie einen anderen Behandlungsvergleich vornahm.

Methodisch folgte die Durchführung, Datenerhebung und -analyse dieses Reviews gemäß den Vorgaben, die dem Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [6] zu entnehmen sind. Es erfolgte eine umfassende Literaturrecherche in mehreren Datenbanken und Identifizierung relevanter Studien durch unabhängig voneinander tätige Reviewautoren. Das „risk of bias“, auch Verzerrungspotential genannt, der eingeschlossenen Studien wurde bewertet und die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz mittels der GRADE („grading of recommendations assessment, development and evaluation“) -Methodik eingeschätzt.

Aufgrund der nicht durchführbaren Therapie-bezogenen Verblindung im Rahmen der 4 durchgeführten Studien liegt ein hohes Risiko für einen Performancebias vor, der die subjektive Einschätzung der Prolapsbeschwerden beeinflussen könnte.

Die Autoren des Reviews haben zudem die Sicherheit der Evidenz aufgrund der Ungenauigkeit, die sich aus der geringen Anzahl der an den Studien teilnehmenden Frauen ergibt, herabstufen müssen.

Keine der vier eingeschlossenen Studien gibt Auskunft über den primären Endpunkt des systematischen Reviews „Heilung/Behebung prolapsbedingter Symptome“. Ebenfalls werden die subjektive Zufriedenheit mit der Pessarbehandlung und psychologische Ergebnisparameter in keiner Studie analysiert. Über die wahrgenommene patientinnenbezogene Verbesserung prolapsbedingter Symptome wurde in drei der vier eingeschlossenen Studien berichtet.

Die sekundären Endpunkte (u.a. Defektlokalisation, allgemeine und prolapspezifische Lebensqualität) wurden in den eingeschlossenen Studien nur teilweise adressiert und konnten demzufolge auch nur bedingt analysiert werden.

Darüber hinaus ist kein Vergleich zwischen den verschiedenen Pessararten (Ring-, Würfel- oder Schalenpessar) möglich, da hierzu keine Studie identifiziert werden konnte.

Aufgrund der Datenlage besteht Unsicherheit, ob Pessare die prolapsbedingten Symptome im Vergleich zu keiner Behandlung oder Beckenbodengymnastik verbessern. Jedoch verbessern Pessare zusätzlich zur Beckenbodengymnastik wahrscheinlich die prolapsbedingten Symptome sowie die prolapspezifische Lebensqualität.

Die Autoren dieses Reviews schlussfolgern, dass trotz wachsender Evidenz für die Verwendung von Pessaren bei Senkungszuständen des weiblichen Genitales die gegenwärtig verfügbaren Studien nur sehr begrenzte Antworten auf die primäre Frage nach der Wirksamkeit von Pessaren bei der Heilung oder Verbesserung der prolapsbedingten Symptome geben. Zudem gebe es keine ausreichenden Belege über die Auswirkungen von Pessaren auf die Lebensqualität oder ihre Komplikationen und unerwünschten Wirkungen wie z.B. Erosionen und vaginale Blutungen.

Die ökonomische Evaluation deckte einen Evidenzmangel auf, der ebenfalls die Notwendigkeit unterstreicht, aussagekräftige Studien zu Prolapsinterventionen durchzuführen.

Fazit für die Praxis.

- Die Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien (RCT), auf die man sich bei der Behandlung von Frauen mit Beckenorganprolaps mit Vaginalpessaren stützen kann, ist weiterhin sehr limitiert.
- Es ist ungewiss, ob Pessare die prolapsbedingten Symptome im Vergleich zu keiner Behandlung oder Beckenbodengymnastik verbessern. Jedoch verbessern Pessare zusätzlich zur Beckenbodengymnastik wahrscheinlich die prolapsbedingten Symptome sowie die prolapspezifische Lebensqualität.
- Es werden dringend aussagekräftige Studien zur Erfassung klinisch wichtiger Parameter im Rahmen der Pessarbehandlung benötigt, um eine größere Sicherheit bei Behandlungsempfehlungen zu geben und die internationale Praxis lenken zu können.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Jennifer Kranz
 Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen, Klinik für Urologie und Kinderurologie, St.-Antonius-Hospital
 Dechant-Deckers-Str. 8, 52249 Eschweiler, Deutschland
 jennifer.kranz@sah-eschweiler.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Kranz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A (2002) Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 186(6):1160–1166
2. Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW (2011) Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. Am J Obstet Gynecol 205(3):230.e1–230.e5
3. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD (2007) Pelvic organ prolapse. Lancet 369(9566):1027–1038
4. Bump RC, Mattiasson A, Bo K et al (1996) The standardization of terminology of female pelvic

1. Sartor O, de Bono J, Chi KN, et al. Lutetium-177-PSMA-617 for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. N Engl J Med. 2021 Jun 23. Epub ahead of print.

Fazit: Radioligand therapy with Lutetium-177-PSMA-617 prolonged imaging-based progression-free survival and overall survival when added to standard care in patients with advanced PSMA-positive metastatic castration-resistant prostate cancer. (Funded by Endocyte, a Novartis company; VISION ClinicalTrials.gov number, NCT03511664.).

Schwerpunkt: Oncology - Genitourinary

Relevanz für die Praxis: ██████████

Ist das neu?: ██████████

2. Light A, Jabarkhyl D, Gilling P, et al. Erectile Function Following Surgery for Benign Prostatic Obstruction: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. Eur Urol. 2021 Aug;80(2):174-187.

Fazit: Prostatic urethral lift (PUL) ranked highly and resulted in erectile function improvement at 24 months (mo) compared to monopolar transurethral resection of the prostate, but direct evidence is lacking. We did not observe significant differences in erectile function following other interventions up to 60 mo. Owing to heterogeneity, our conclusions are weakest at 1 and 60 mo. Further RCTs comparing sexual function outcomes are recommended, such as PUL versus holmium laser or bipolar enucleation.

Schwerpunkt: Surgery - Urology

Relevanz für die Praxis: ██████████

Ist das neu?: ██████████

*Empfohlen von: EvidenceUpdates (BMJ und McMaster University)

- organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 175(1):10–17
5. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R (2020) Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD4010
 6. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (Hrsg) (2021) *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.2* (updated February 2021). <https://training.cochrane.org/handbook>. Zugegriffen: 28. Juli 2021