

# Vajinal Kaf Prolapsusunda Laparoskopik Olarak Sakral Kolpopeksi Operasyonu: Bir Olgu Sunumu

## LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY OPERATION IN VAGINAL VAULT PROLAPSUS: A CASE REPORT

M.Bülent TIRAŞ\*, F.Gürkan YAZICI\*, Murat ARSLAN\*,  
Onur KARABACAK\*, Haldun GÜNER\*, Özdemir HİMMETOĞLU\*

\*Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Yaşlanma ve histerektomi esnasında yetersiz yapılan vajinal kaf desteği sonucu daha önce histerektomi operasyonu geçiren kadınların bir kısmında rekonstrüktif cerrahi gerektiren vajinal kaf prolapsusu görülmektedir. 40'dan fazla operasyon şeklinin tanımlandığı bu problem için, biz laparoskopik olarak yapılabilen bir sakral kolpopeksi operasyonunu sunmayı amaçladık.

**Olgu Sunumu:** 63 yaşında, evli, 20 yıldır spontan menapozda, gravida 6, parite 2, abortus 4 olan hastanın özgeçmişinde 1983 yılında myoma uteri tanısıyla yapılmış olan Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingooferektomi operasyonu mevcut. Yaklaşık altı aydan beri ayakta dururken ve ikındığında vajenden eline kitle gelmesi şikayeti ile başvuran hastanın yapılan vajinal muayenesinde kaf prolapsusu saptanması üzerine operasyon planlanarak hospitalize edildi.

**Teknik:** Laparoskopik olarak intraabdominal organlar explore edildikten sonra bir adet tampon yerleştirilerek vajen normal anatomik pozisyona getirildi. Vajen kafı ile sakrum arasında retroperitoneal bölge açıldı. Her iki yanda üreterler disseke edilerek laterale itildi. Presakral bölge açıldıktan sonra 4x1 cm boyutlarında kesilen sentetik mersilen mesh 4x4 mm boyutlarında helikal vida atan Tacker (Origin) yardımıyla vajen kafına ve sakruma fikse edildi. Daha sonra mesh üzerinden peritonizasyon yapılarak işleme son verildi.

**Sonuç:** Vajinal kaf prolapsusu yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte, yaşlı hastalarda yaşam kalitesini bozan ve günlük aktiviteleri etkileyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Laparotomi ile yapılabilen sakral kolpopeksi operasyonlarının yanında laparoskopi bir alternatif olarak görülmektedir. Böylece laparatominin bilinen bir çok dezavantajından (hastanede kalış süresi, insizyon komplikasyonları, geç mobilizasyon v.b.) uzaklaşmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Sakral kolpopeksi,  
Vajinal kaf prolapsusu

T Klin Jinekolojisi 2000, 10:273-277

**Geliş Tarihi:** 24.01.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.M.Bülent TIRAŞ  
Çiçekdağı Sok. No: 12/2  
06700, GOP, ANKARA

### Summary

**Introduction:** Gynecologists are increasingly confronted with elderly patients seeking treatment for the symptoms related to pelvic relaxation and vaginal vault prolapse. Aging and inadequate support of vaginal vault after hysterectomy are two important factors that have led to an increased frequency of vaginal vault prolapse. Many of these women are sexually active and do not prefer obliterative procedures. We represent a laparoscopic sacral colpopexy operation for vaginal vault prolapse.

**Case:** A 63-years-old woman with gravidity 6, parity 2, abortion 4, was in spontaneous menopause since 20 years. The patient had total abdominal hysterectomy plus bilateral salpingoophorectomy operation in 1983 and complaints of vaginal discomfort and presence of protruding vulvar mass. After diagnosing vaginal vault prolapse, the patient was hospitalized for the operation.

**Operation Technic:** Before performing operation, abdominal cavity was inspected. An assistant using a sponge on a forceps exerted pressure on the vaginal vault from below upward along the natural axis of the vagina. After identifying vaginal vault, dissection of peritonium was started from vaginal vault up to the sacral promontorium. Both of the ureters were visualized and vaginal vault was suspended with a 4x1 cm mersilen mesh to sacral promontorium by titanium composed helical screws. Then, the mesh was reperitonealized by 2/0 vicryl sutures.

**Comment:** Although this problem does not shorten or threaten life, it subtracts significantly from the quality of life. Advantages of laparoscopic surgery are now well known. The reduced postoperative morbidity, less postoperative pain, shortened hospital stay are the major advantages of laparoscopic surgery. Laparoscopic sacral colpopexy seems to be an alternative method to laparotomy.

**Key Words:** Laparoscopy, Sacral colpopexy,  
Vaginal vault prolapse

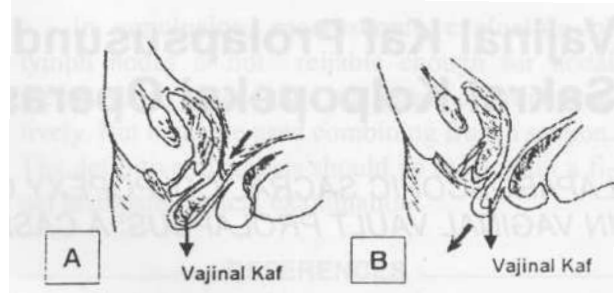
T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:273-277

Histerektomi tüm dünya çapında en yaygın uygulanan operasyonlardan biridir. Yaşam süresinin uzamasıyla, jinekologlar her geçen gün daha fazla sayıda vajinal kaf prolapsusu olgusuyla karşı karşıya kalmaktadır. Yaşlanma ve histerektomi esnasında yetersiz yapılan vajinal kaf desteği sonucu bu kadınların bir kısmında rekonstrüktif cerrahi gerektiren vajinal kaf prolapsusu görülmektedir. Her ne kadar insan hayatını tehdit etmeyen ve yaşam süresini kısaltmayan bir problem olsa da, yaşam kalitesini belirgin olarak kısıtlamaktadır. Günümüzde kadınların birçoğu menapozdan sonra, bir kısmı 70 hatta 80'li yıllarda dahi seksüel olarak aktiftir (1).

Histerektomi sonrası gelişen vajinal kaf prolapsusunun prevalansı net olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan her 11 histerektomi operasyonu sonrası, vajen kaf prolapsusu tanısı ile bir vajinal kolpopeksi veya vajen obliterasyonuna yönelik operasyon uygulandığı kabul edilmektedir (2).

Pelvik taban zayıflığında semptom ve bulgular daha çok bası ve ağrı hissi, vajenden ele kitle gelmesi, üriner ve rektal inkontinans ve konstipasyon şeklindedir. Pelvik taban defektleri sıklıkla stress inkontinans ile birliktelik göstermektedir. Bazen subklinik olabilen bu problem operasyon sonrası belirgin hale gelebilmektedir. Bu nedenle birçok jinekolog tarafından operasyon öncesi dikkatli bir muayene ile birlikte ürodinamik çalışma yapılması önerilmektedir.

Klasik olarak pelvik taban üç ana kompartmanda incelenmektedir: Ön, orta ve arka kompartman. Pelvik yapı, birbirine çok yakın olan mesane, uterus, rektum ve barsaklara destek görevi görmektedir. İlginç olarak her bir kısımla farklı klinikler ilgilenmektedir (üroloji, jinekoloji, kolpoproktoloji). Bununla birlikte pelvik taban zayıflığı nadiren tek bir kompartmanı ve organı ilgilendirmektedir. Vajinal kaf prolapsusu izole veya sistosel ve rektosel ile birlikte görülebilir (Şekil 1). Pelvik tabandaki ana defekt yanında diğer problemlerin atlanması yetersiz cerrahi tamir ve tekrarlayan prolapsusa sebep olabilir. Kaf prolapsusu olan hastaya yapılacak olan cerrahi tedavide iki temel prensip söz konusudur. Normal anatomik ve fizyolojik yapının sağlanması ve hastanın semptomlarının giderilmesidir (1).



**Şekil 1.** Vajinal kaf prolapsusu, sistosel ve rektosel minimal (A). Sistosel ve rektosel ile birlikte olan vajinal kaf prolapsusu (B).

Kaf prolapsusunun tedavisi için vajinal yoldan veya abdominal yoldan laparotomi yoluyla yapılabilen birçok vajinal kolpopeksi ve obliterasyona yönelik operasyon tanımlanmıştır. Bu prezentasyonla biz vajinal kaf prolapsusu tanısı alan bir hastada laparoskopik olarak yapılabilen bir sakral kolpopeksi operasyonunu sunmayı amaçladık.

### Olgu Sunumu

63 yaşında, evli, 20 yıldır spontan menapozda gravida 6, parite 2, abortus 4 olan hastanın özgeçmişinde 1983 yılında myoma uteri tanısıyla yapılmış olan Total Abdominal Histerektomi + Bilateral Salpingooferektomi operasyonu mevcut. Yaklaşık altı aydan beri ayakta dururken ve ıkındığında vajenden eline kitle gelmesi şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden şu anda hormon replasman tedavisi almadığı ancak 1983'de geçirdiği operasyondan sonra düzensiz olarak konjuge estrogen tedavisi aldığı öğrenildi. Yapılan vajinal muayenede kaf prolapsusu saptandı. Hastanın vajinal muayenesi litotomi pozisyonunda, ayakta ve valsalva manevrası eşliğinde tekrar edildi. Belirgin bir sistosel ve rektosel saptanmadı. Stress inkontinans şikayeti olmayan hastada ürodinamik çalışma yapılarak herhangi bir üriner fonksiyon bozukluğu olmadığı teyit edildi. Bu bulgularla operasyon planlanarak hospitalize edildi.

İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon olmayan hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi. Altı ay sonra yapılan kontrol muayenesinde vajinanın normal anatomik pozisyonda olduğu, ayakta iken ve valsalva manevrası ile vajinal aksda ve pozisyonunda bir değişiklik olmadığı tespit edildi.

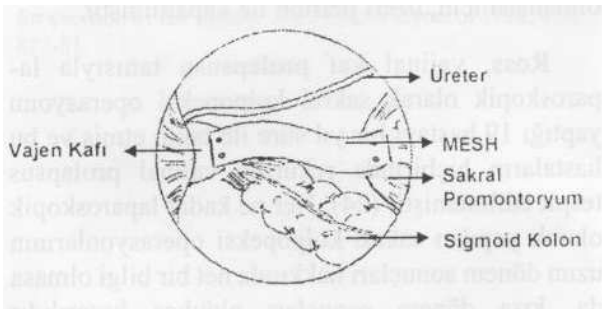
## Cerrahi Teknik

Litotomi pozisyonunda operasyon masasına alınan hastada uygun hazırlık sonrası Veress iğnesi ile yeterli pnömoperitonizasyon sağlandı. 10'luk trokar ile umbilikal bölgeden batına girildi. Enstrumantasyonun sağlanması amacıyla her iki yanda spina iliaca ile rektus kasının lateral kenarı arasındaki bölgeden iki adet 5'lik trokar girildi. Laparoskopik olarak intraabdominal organlar eksplore edildikten sonra operasyona geçildi.

Vajinaya bir adet tampon yerleştirilerek vajen normal anatomik pozisyona getirildi. Vajinal kaf üzerindeki peritona yaklaşık 4 cm'lik transvers bir kesi yapıldı. Bundan sonra orta hatta "T şeklinde" arka yüzdeki parietal periton, vertikal olarak kesilip retroperitoneal bölge açıldı. Vajinal kafa uyan bölgede uygun doku disseksiyonu yapılarak mesane yukarı doğru itildi. Sigmoid kolon sol yan tarafa yatırıldı. Her iki yanda ureterler disseke edilerek laterale itildi. Retroperitoneal alan, presakral bölgeye kadar açıldıktan sonra presakral bölgede periosta ulaşıldı.

Vajinal kafın asılması için mersilen mesh kullanıldı. 4x1 cm boyutlarında kesilen sentetik mersilen mesh 10'luk trokarın içinden batın içine atıldı. Mesh, vajinal kaf ile presakral bölge arasına yerleştirildikten sonra 4x4 mm boyutlarında titanyumdan yapılan helikal şekle sahip vida atan tacker (Origin, CA, USA) yardımıyla iki uçta vajen kafına ve sakruma fikse edildi (Şekil-2). Kanama kontrolü sonrası mesh retroperitoneal bölgede kalacak şekilde üzerinden 2/0 vicryl ile reperitonizasyon yapıldı.

Operasyon süresi, Veress iğnesinin girdiği andan itibaren son cilt sütürünün bağlandığı ana kadar



Şekil 2. Vajinal kafın kullanılan mesh ile promontoryuma fiksasyonunun görünümü.

ki zaman dilimi olarak hesaplandı ve toplam operasyon süresi 104 dakika olarak tespit edildi.

## Tartışma

Pelvik organ prolapsusunda, tedavide medikal ve cerrahi yol kullanılabilir. Medikal tedavide Kegel egzersizleri ve pesser uygulaması en sık kullanılan yöntemlerdir (4). Kegel ilk olarak bu egzersizleri puerperal dönemde pelvik desteğin kuvvetlendirilmesi için önermiştir (5). Bununla birlikte Kegel egzersizleri erken evre prolapsusta primer tedavi olarak ve ileri evrede yardımcı tedavi olarak kullanılabilir. Pesser birçok kadında efektif bir yöntem olmakla birlikte vajinal duvarda ülserasyon, fistül formasyonu ve barsak herniasyonu gibi potansiyel komplikasyonları mevcuttur (6,7). Uygun pesser seçimi, düzenli temizlik ve estrogen replasman tedavisi ile bu komplikasyonların birçoğu önlenir (4). Bu iki tedavi yöntemi daha çok, öncesinde histerektomi operasyonu geçirmemiş ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya cerrahi tedavinin kontrendike olduğu hastalarda kullanılmaktadır.

Kaf prolapsusunda cerrahi tedavide iki temel yaklaşım şekli kullanılmaktadır. Bunlar transvajinal ve transabdominal yol olarak sınıflandırılabilir. Sıklıkla operasyon şekli hastanın özelliği ve anatomik temellerden çok cerrahın tecrübesine göre seçilmekteydi. Günümüzde ise normal ve anormal pelvik anatomi ve fonksiyonun daha iyi anlaşılması, hastanın yaşam tarzına uygun ve doğru operasyon şeklinin seçilmesine olanak tanımıştır (4). Vajinal rekonstrüktif cerrahi ilk olarak 1892 yılında prolapse olan vajinanın sakrotuberoz ligamente asılması şeklinde anlatılmıştır ve bundan sonra kaf prolapsusunun tedavisi için 40'dan fazla operasyon şekli tanımlanmıştır (8). 1892'den beri birçok cerrahi yaklaşım önerilmiştir: sakrotuberoz fiksasyon, uterosakral ligamentlerin vajen apeksine yaklaştırılarak sakrum ön yüzüne fikse edilmesi, vajinal kafın sakrospinöz ligamente asılması, abdominal sakral kolpopeksi, vajen kafının Cooper ligamentine asılması, kolpopeksi için fascia latanın kullanılması bunlardan bazılarıdır (4,22).

Vajinal apeksin asılması için birçok cerrahi teknik kullanılabilir. Fonksiyonel bir pelvik taban yapısı ve kuvvetli bir endopelvik fasciası olan

hastalarda vajinal yaklaşım uygun olabilir. Vajinal apeksin tek taraflı veya bilateral olarak sakrospinoz ligamente fiksasyonu oldukça sık tercih edilen bir yöntemdir. İlk olarak 1958 yılında tarif edilmiştir ve daha çok kardinal-uterosakral ligament kompleksinin zayıf olduğu düşünülen hastalarda uygulanmaktadır (8). Tek taraflı veya bilateral olarak uygulanabilir. Yüksek başarı oranları, laparotomi komplikasyonlarının olmaması, az kan kaybı, kısa hastanede kalış süresi ve kaf prolapsusu için riskli hastalarda vajinal histerektomi esnasında profilaktik olarak uygulanabilme gibi avantajları vardır (8-11). 1981'den günümüze kadar yayımlanmış olan çalışmalarda %65-97 arasında değişen başarı oranları verilmektedir (8). Ancak masif hemorajiye sebep olabilecek pudental arter laserasyonu ve kronik ağrıya sebep olabilecek siyatik sinir travması gibi komplikasyonları vardır (12). "Nervus ischiadicus" spina ischiadica'nın, ortalama 2,12 cm medialinde, pudental kompleks ise ortalama 2,4 cm medialinde yer almaktadır (12).

Vajinal kafın bilateral olarak uterosakral ligamentin orjinine asılması diğer bir yaklaşımdır. Normal anatomik pozisyonda ve uygun derinlikte bir vajina sağlamaktadır. Transvaginal veya laparoskopik yoldan uygulanabilmektedir (13,14). Given, 7 yıllık takip sonrasında yaklaşık %5'lik bir başarısızlık oranı yayınlamıştır (15). Sakrospinoz fiksasyon ile karşılaştırıldığında daha uzun bir vajinal derinlik sağladığı ileri sürülmektedir (4).

Abdominal sakral kolpopeksi, vajinal kaf prolapsusunun düzeltilmesi için en kuvvetli ve başarı oranı en yüksek operasyonlardan biri olarak kabul edilmektedir (16). Sentetik veya otolog bir graft kullanarak vajinanın sakruma asılması esasına dayanmaktadır. En önemli avantajı herhangi bir gerilim kuvveti uygulamadan vajinanın normal anatomik pozisyonuna geri çekilmesi ve önceki operasyona bağlı olarak kısalmış vajinası olan hastalarda kolpopeksi işlemine olanak tanınmasıdır (16). Bu nedenle genç ve dinamik yaşantısı olan hastalarda, kronik intraabdominal basınç artışına sebep olan patolojilerin varlığında ve daha önceki rekonstrüktif cerrahiye bağlı olarak kısa vajinası olan hastalarda abdominal sakral kolpopeksi operasyonu önerilmektedir (4,16). Her ne kadar erken yayınlarda asıcı mesh sakral 3-4 arasındaki bölgeye

fikse edilse de, bu alan hemoraji için artmış bir riske sahiptir ve promontoryum ile sakrumun üst 1/3'ü arasındaki alan fiksasyon için daha güvenli görülmektedir (17). Yerleştirilen meshin posteriorundan enterosel gelişebileceği için aynı seansda Halban kuldoplasti ile douglasın oblitere edilmesi önerilmektedir (4). Abdominal sakral kolpopeksi operasyonunun sabit bir şekilde %90 üzerinde başarı oranları vardır (18-20). Hayatı tehdit edebilecek kadar olan hemoraji ve %3,3 oranında vajinal mesh erozyonu gibi komplikasyonlar görülebilir.

Literatürde laparoskopik yöntem hakkında oldukça sınırlı sayıda bilgi vardır. Jinekoloji uzmanlarının birçoğu ileri endoskopik cerrahi konusunda isteksiz davranmaktadır. Ancak tecrübeli laparoskopistler, pelvik rekonstrüksiyonun, laparoskopik cerrahi için en iyi alanlardan biri olduğunda fikir birliği içindedir (21). Laparoskopik olarak pelvik organ prolapsusuna yönelik bir çok operasyon başarı ile uygulanabilmektedir. Vajinal kafın sakrospinoz fiksasyonu, uterosakral ligamente asılması, sakral kolpopeksi ve uterusun ventrofiksasyonu bunlardan bazılarıdır (3,22).

Laparoskopik olarak uygulanan abdominal sakral kolpopekside cerrahi prensipler laparotomi ile yapılan operasyon şekline farklı değildir. Nezhat ve arkadaşları yaptıkları çalışmada mesh kullanarak vajen kafını sakral 3-4 vertebraya laparoskopik olarak asmışlardır (23). Biz bu hastada sakral 3-4 vertebralara uyan bölgede hemoraji komplikasyon riskinin daha fazla olduğunun bildirilmesi nedeniyle vajen kafını tacker kullanarak promontoryumun altına fikse ettik. Bu olguda, literatürdeki diğer yayınlarda önerildiği şekilde mesh vajen ile sakral bölge arasına yerleştirildikten sonra, mekanik ileusa veya dens adezyonlara sebep olmaması için, üzeri periton ile kapatılmıştır.

Ross, vajinal kaf prolapsusu tanısıyla laparoskopik olarak sakral kolpopeksi operasyonu yaptığı 19 hastayı bir yıl süre ile takip etmiş ve bu hastaların hiçbirinde rekurren vajinal prolapsus tespit edilmemiştir (24). Her ne kadar laparoskopik olarak yapılan sakral kolpopeksi operasyonlarının uzun dönem sonuçları hakkında net bir bilgi olmasa da, kısa dönem sonuçları oldukça başarılıdır (24).

## Sonuç

Vajinal kaf prolapsusu yaşamı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte, yaşlı hastalarda yaşam kalitesini bozan ve günlük aktiviteleri etkileyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Laparotomi ile yapılabilen sakral kolpopeksi operasyonlarının yanında laparoskopi bir alternatif olarak görünmektedir. Böylece laparatominin bilinen bir çok dezavantajından (hastanede kalış süresi, insizyon komplikasyonları, geç mobilizasyon v.b.) uzaklaşmaktadır. Sınırlı sayıdaki sonuçlara ve şu andaki tecrübelerimize baktığımızda, laparoskopik pelvik rekonstrüktif cerrahinin önu oldukça parlak ve açık görülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Nichols DH. Enterocele and massive eversion of the vagina. In: Te Linde's Operative Gynecology. Eighth edition. Lippincott-Raven 1997; 1006-30.
- Graves EJ. Detailed diagnoses and procedures: National Hospital Discharge Survey. National center for health statistics. Vital Health Stat 1993; 13(122):1995.
- Steiner RA, Healy JC. Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic floor weakness; magnetic resonance imaging and laparoscopic treatment. Curr Opin Obstet Gynecol 1998; 10: 295-301.
- Cundiff GW, Addison WA. Management of pelvic organ prolapse. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1998; 25: 907-21.
- Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. Am J Obstet Gynecol 1948; 56: 238-44.
- Goldstein I, Wise GJ, Tancer ML. A vesicovaginal fistula and intravesical foreign body: a rare case of neglected pessary. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 589-91.
- Ott R, Richter H, Behr J. Small bowel prolapse and incarceration caused by a vaginal ring pessary. Br J Surg 1993; 80: 1157-59.
- Sze EHM, Karram MM. Transvaginal repair of vaginal vault prolapse Obstet Gynecol 1997; 89: 466-75.
- Morley GW, Delancey JO. Sacrospinous ligament fixation for eversion of the vagina. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 872-81.
- Porges RF, Smilen SW. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 1518-28.
- Cruikshank SH, Cox IN. Sacrospinous fixation at the time of vaginal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1611-19.
- Verdeja AM, Elkins TE, Odoi A. Transvaginal sacrospinous colpopexy: Anatomic landmarks to be aware of to minimize complications. Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 1468-69.
- Jenkins R. Uterosacral ligament fixation for vaginal vault suspension uterine and vaginal vault prolapse. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 1337-44.
- Margossian H, Walters MD, Falcone T. Laparoscopic management of pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol Rep Biol 1999; 85: 57-62.
- Given FT. "Posterior Culdeplasty" revisited. Am J Obstet Gynecol 1985; 153: 135-9.
- Addison WA, Timmons MC. Abdominal sacral colpopexy for the treatment of vaginal vault prolapse with enterocele. In: Te Linde's Operative Gynecology. Eighth edition. Lippincott-Raven, 1997: 1030-37.
- Sutton GP, Addison WA, Livengood CH. Life-threatening hemorrhage complicating sacral colpopexy. Am J Obstet Gynecol 1981; 140: 836-7.
- Creighton SM, Stanton SL. The surgical management of vaginal vault prolapse. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:1150-54.
- Synder TE, Krantz KE. Abdominal retroperitoneal sacral colpopexy for the correction of vaginal prolapse. Obstet Gynecol 1991; 77: 944-8.
- Timmons MC, Addison WA, Addison SB. Abdominal sacral colpopexy in 163 women with posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. J Reprod Med 1992; 37: 323-7.
- Lyons TL. Laparoscopic approaches to pelvic floor support Gyn Endoscopy 1995; 4: 81-2.
- Margossian H, Walters MD, Falcone T. Laparoscopic management of pelvic organ prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999; 85: 57-62.
- Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. Obstet Gynecol 1994; 84: 885-8.
- Ross JW. Techniques of laparoscopic repair of total vault eversion after hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4: 173-83.