Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico

Pelvic floor rehabilitation and genital prolapse

Ana Paula Magalhães Resende[1]
Liliana Stüpp[1]
Bruno Teixeira Bernardes[2]
Gisela Rosa Franco[1]
Emerson de Oliveira[2]
Manoel João Batista Castello Girão[3]
Marair Gracio Ferreira Sartori[4]

Palavras-chave
Prolapso
Soalho pélvico
Reabilitação

Key words
Prolapse
Pelvic floor
Rehabilitation

Resumo O prolapso genital é condição comum e importante indicação de cirurgia ginecológica nos dias atuais. A quantificação do prolapso é realizada por meio do POP-Q, uma classificação internacionalmente reconhecida e preconizada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS). O suporte dos órgãos pélvicos se dá por um sistema de suspensão, constituído de ligamentos, e outro de sustentação, constituído por fáscias e músculos, especialmente o levantador do ânus, que deve estar íntegro para que possa manter perfeito suporte dos órgãos e o hiato genital fechado. A fraqueza ou defeitos nesse músculo podem levar ao aparecimento de prolapso genital. O tratamento conservador tem ganhado espaço, especialmente em estágios menos avançados do prolapso. Consiste em mudanças nos hábitos de vida diária, tais como redução de peso, diminuição das atividades que aumentam a pressão abdominal, tratamento da constipação intestinal, e intervenções físicas, como o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Este estudo constitui um levantamento das evidências científicas acerca do tratamento conservador do prolapso genital, visando proporcionar uma visão mais atual do problema.

Abstract The pelvic organ prolapse is a common condition and the main cause of gynecologic surgery nowadays. The quantification of genital prolapse is performed by means of POP-Q, an international classification recognized and indicated by the International Continence Society (ICS). The support of the pelvic organs relies on a suspension system, made of ligaments, and a sustentation system, made of fascies or muscles, especially the levator ani, that should be intact in order to give a perfect support for the organs and for close genital gap. The weakness or damages in this muscle can cause genital prolapse. The nonsurgical treatment has been used more frequently, especially in early stages of the prolapse. It consists of changing daily habits, such as reducing weight, decreasing activities that raise abdominal pressure, treating intestinal constipation, and other physical interventions, such as the strengthening of the pelvic floor musculature. This study is a bibliographic evidence-based research about the conservative treatment of the genital prolapse.

[1] Fisioterapeuta do Setor de Fisioterapia em Uroginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM) – São Paulo (SP), Brasil
[2] Médico do Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Unifesp-EPM – São Paulo (SP), Brasil
[3] Professor titular do Departamento de Ginecologia da Unifesp-EPM – São Paulo (SP), Brasil
[4] Professor-associado do Departamento de Ginecologia da Unifesp-EPM – São Paulo (SP), Brasil
Endereço para correspondência: Ana Paula Magalhães Resende – Avenida Doutor Altino Arantes, 668, apto. 42 – Vila Clementino – CEP: 04042-003 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: anapaulamrb@gmail.com

Introdução

O suporte dos órgãos pélvicos decorre de uma interação dinâmica entre os ossos da pelve, tecido conjuntivo endopélvico e a musculatura do assoalho pélvico.[1] Dois sistemas, de suspensão e de sustentação, realizam esse suporte. O sistema de suspensão tem como principais estruturas os ligamentos pubovesicouterinos, transversos e uterossacros. Já o sistema de sustentação é formado por músculos, e tem como componente principal o levantador do ânus com seus três feixes – puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo.[2] A sustentação ocorre pela contração intencional dos músculos do assoalho pélvico, que realiza levantamento e compressão ao redor da uretra, vagina e ânus, oferecendo suporte estrutural horizontal aos órgãos pélvicos.[3] Anatomicamente, é plausível que tanto a perda de suporte horizontal do assoalho pélvico quanto o alargamento do hiato genital predisponham ao prolapso genital.[1,3] Logo, os dois sistemas devem estar íntegros e funcionando em harmonia para manter os órgãos pélvicos em sua topografia adequada; o desequilíbrio de um desses dois sistemas, ou mesmo de ambos, pode levar ao aparecimento do prolapso pélvico feminino.[4] Acredita-se que a integridade do assoalho pélvico diminui as chances de desenvolvimento do prolapso genital que, uma vez instalado, pode levar a sintomas como sensação de peso na vagina, dor abdominal, inguinal e lombar.[1] Esses sintomas tendem a se manifestar em maior intensidade quanto mais avançado for o estádio do prolapso. Para a quantificação, usa-se o sistema POP-Q (*pelvic organ prolapse quantificatio*n), adotado pela *Interntional Continence Society* (ICS) em 1996, que classifica o prolapso em estádios de 0 a 4, de acordo com a severidade.[5] O principal tratamento nos dias atuais é a cirurgia; contudo, o real papel do tratamento conservador, especialmente a reabilitação do assoalho pélvico, ainda não está bem elucidado, e tal fato motivou a realização desta pesquisa.

Tabela 1 - Ensaios clínicos randomizados incluídos

Artigo	n	Intervenção	Conclusões	Evidência
Hagen et al.[6]	47	Exercícios para os MAP e mudanças no estilo de vida	Melhora dos sintomas relacionados ao prolapso e aumento da força dos MAP	A
Piya-Anant et al.[7]	624	Exercícios para os MAP e redução da constipação intestinal	Diminuição da progressão do POP	A
Jarvis et al.[8]	60	Exercícios para os MAP no pré e pós-operatório de cirurgia para correção do POP	Melhora da qualidade de vida e da força dos MAP	A

Metodologia

Foram realizadas buscas nos seguintes bancos de dados: Medline, PubMed, Lilacs/SciELO, Biblioteca Cochrane, Embase e PEDro, no período de outubro de 2008 a fevereiro de 2009. Utilizaram-se os seguintes descritores para pesquisa, na língua portuguesa e inglesa: prolapso genital e prolapso de órgãos pélvicos, tratamento conservador, músculos do assoalho pélvico, exercícios perineais, treinamento do assoalho pélvico. Os critérios para seleção dos artigos foram estudos prospectivos e randomizados, que incluíssem intervenção física ou de estilo de vida, em pelo menos um segmento da pesquisa, para o tratamento do prolapso pélvico feminino. Foram encontradas quatro pesquisas que se encaixaram nos critérios, em que foi utilizado o tratamento conservador para o prolapso genital. Dentre essas pesquisas, uma era revisão sistemática, e três, ensaios clínicos randomizados (Tabela 1).

Discussão

Estudos recentes têm demonstrado forte correlação entre defeitos ou fraqueza dos músculos perineais com a severidade do prolapso. DeLancey et al.[3] avaliaram 151 mulheres com prolapso genital e 135 mulheres com suporte normal do assoalho pélvico. Observaram que os defeitos musculares estiveram presentes em 55% das mulheres com prolapso, e em apenas 16% das mulheres sem prolapso. Os resultados mostraram que as mulheres com prolapso genital têm diminuição da força de fechamento vaginal durante a contração do assoalho pélvico, e que o hiato genital era, em média, 50% maior nessas mulheres[3](A). Em estudo semelhante, foram avaliadas 40 mulheres com prolapso genital, encontrando-se a mesma correlação entre fraqueza do músculo levantador do ânus e severidade do prolapso[9](B). Destaca-se ainda que as mulheres com menor força do assoalho pélvico são as que apresentam prolapso mais severo, e as que apresentam maior força possuem menor hiato genital. Músculos fracos podem levar ou contribuir para o aparecimento do prolapso genital; adicionalmente, a presença de prolapso contribui para a fraqueza do assoalho pélvico, já que prolapsos avançados levam a um estiramento passivo desses músculos[10](B). Alguns

pesquisadores têm observado que o assoalho pélvico íntegro é importante mesmo em pacientes que já realizaram cirurgia para correção de prolapso, em que a diminuição da força dos músculos perineais está associada às recidivas de prolapso genital e, ao contrário, músculos tonificados diminuem a recorrência de nova cirurgia[10,11](A).

Melhora dos sintomas relacionados ao prolapso genital

Pesquisas têm demonstrado resultados positivos referentes à atuação da reeducação do assoalho pélvico no tratamento do prolapso, no que diz respeito aos sintomas e qualidade de vida dessas mulheres. Em ensaio clínico randomizado e controlado[6], foram incluídas mulheres (n=49) com prolapso estádio I ou II (classificação segundo o POP-Q), sintomáticas, sendo o prolapso de parede anterior mais comum (85%), havendo associação de dois tipos de prolapso (30%). Vinte e três mulheres foram incluídas no grupo de intervenção, e 24 no grupo controle. Ambos os grupos receberam orientações sobre mudanças saudáveis no estilo de vida, que consistiam em perda de peso, melhora da constipação intestinal, cuidado com a tosse crônica e com exercícios de alto impacto. No grupo de intervenção, avaliou-se a força dos músculos do assoalho pélvico por meio de palpação digital pela escala de Oxford, e aplicou-se questionário sobre qualidade de vida, colhendo-se informações a respeito de sintomas. Essas pacientes foram orientadas sobre a forma correta de contração dos músculos perineais e receberam um programa domiciliar individualizado de exercícios, sendo recomendadas seis séries diárias, no total de 16 semanas de tratamento. Ao final, houve diminuição significativa dos sintomas relacionados ao prolapso no grupo de intervenção (p=0,021) e melhora no estágio do prolapso em 45% das mulheres deste grupo (p=0,038), sendo que quatro mulheres apresentaram diminuição de um estágio do POP-Q e uma mulher teve diminuição de dois estágios[6](B). Houve, ainda, um aumento da força muscular do assoalho pélvico no grupo de intervenção[6](A). Entretanto, somente 11 mulheres desse grupo se submeteram à avaliação do estádio do prolapso ao final do tratamento.

Prevenção da progressão do prolapso genital

Em outra pesquisa, foram incluídas 624 mulheres com 60 anos ou mais, randomizadas para grupo controle (n=324) ou grupo de intervenção (n=330)[7]. Diagnosticou-se prolapso de parede anterior em 70% de todas as pacientes, sendo 30% prolapso severo e 40% prolapso moderado. O grupo de intervenção foi orientado a realizar 30 repetições diárias de exercícios para os músculos do assoalho pélvico (MAP) em domicílio, além de mudarem a alimentação, enriquecendo-a com consumo de fibras, frutas e vegetais, e ingerirem dois litros de água por dia. Foi constatada, no seguimento de 12 meses, uma menor progressão do prolapso moderado nas pacientes do grupo de intervenção, quando comparado ao grupo controle (p<0,05); aos 24 meses de seguimento, a média do avanço do grau de prolapso severo foi de 72% no grupo controle e de 28% no grupo de intervenção (p=0,05), sugerindo a diminuição da progressão do prolapso[7](A). Entretanto, o protocolo de exercícios e as orientações sobre o estilo de vida não foram descritos. O método de randomização não foi citado.

Reabilitação do assoalho pélvico como coadjuvante do tratamento cirúrgico

A reabilitação do assoalho pélvico também tem sido pesquisada em pacientes com prolapso genital submetidas a procedimentos cirúrgicos, como tratamento coadjuvante.[8] Em estudo randomizado controlado, foram incluídas 60 mulheres que passaram por cirurgia para correção de prolapso genital e/ou incontinência urinária. Foram divididas em dois grupos, sendo que o grupo de intervenção (n=30) foi tratado com fisioterapia antes e após a cirurgia, e que o grupo controle (n=30) se submeteu somente à cirurgia corretiva. A fisioterapia no grupo de intervenção se iniciou de duas a quatro semanas antes da cirurgia. Foram aplicados questionários de sintomas urinários e qualidade de vida antes e após a cirurgia. A avaliação no grupo de intervenção foi feita por meio de palpação digital pela escala de Oxford, e também com uso de perineometria. As mulheres do grupo de intervenção receberam programa individualizado de contração dos músculos do assoalho pélvico e foram orientadas a realizar quatro séries diárias de exercícios e contrações rápidas nos momentos de aumento de pressão intra-abdominal (tosse, espirro, agachamento). Após três meses da cirurgia, as pacientes de ambos os grupos foram reavaliadas. O grupo de intervenção relatou melhora significativa observada nos questionários de qualidade de vida (p<0,0001) quando comparado ao grupo controle (p=0,197)[8] (A). Houve, ainda, um aumento na pressão exercida pelos músculos do assoalho pélvico aferida pela perineometria (2,7 cmH_2O) em relação ao grupo controle (1,8 cmH_2O), o que sugere aumento da força muscular[8](B). Contudo, não foram apresentados dados específicos com relação ao prolapso das pacientes de ambos os grupos. Por fim, alguns autores afirmam que as evidências disponíveis ainda são insuficientes para a indicação de reabilitação do assoalho pélvico para o tratamento do prolapso genital, apesar de os resultados existentes nos estudos atuais se apresentarem favoráveis.[12]

Considerações finais

Os exercícios perineais parecem melhorar os sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos femininos, bem como a força muscular do assoalho pélvico e, consequentemente, a qualidade de vida. O tratamento se mostrou eficaz quando coadjuvante à cirurgia para correção do prolapso. A efetividade do treinamento do assoalho pélvico na regressão do estádio do prolapso genital ainda é controversa.

Leituras suplementares

1. Ghetti C, Gregory T, Edwards SR, Otto LN, Clark AL. Severity of pelvic organ prolapse associated with measurements of pelvic floor function. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005;16:432-6.
2. Oliveira IM, Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador. Femina. 2006;35(5):285-294.
3. DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2007;109(2 Pt 1):295-302.
4. De Lancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1993;166:1117-28.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:10-17.
6. Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009;20(1):45-51.
7. Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: Prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercises to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. J Med Assoc Thai. 2003;86:509-15.
8. Jarvis SK, Hallam TK, Lujic S, Abbott J, Vancaillie TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: Results of a randomized controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005;45:300-3.
9. Ansquer Y, Fernandez P, Chapron C, Frey C, Bennis M, Roy C, et al. Static and dynamic MRI features of the levator ani and correlation with severity of genital prolapse. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(12): 1468-75.
10. Borello-France DF, Handa VL, Brown MB, Goode P, Kreder K, Scheufele LL, et al. Pelvic-floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. Phys Ther. 2007;87(4):399-407.
11. Vakili B, Zheng YT, Loesch H, Echols KT, Franco N, Chesson RR. Levator contraction strength and genital hiatus as risk factors for recurrent pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1592-8.
12. Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2007;2.