

Conduta nos prolapso genitais

Management of genital prolapse

Eduardo Batista Cândido¹

Lucas Giarolla²

Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca³

Marilene Vale de Castro Monteiro⁴

Tais Soares Carvalho³

Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴

Palavras-chave

Prolapso uterino

Retocele

Cistocele

Prolapso de órgão pélvico

Procedimentos cirúrgicos operatórios

Fisioterapia

Keywords

Uterine prolapse

Rectocele

Cystocele

Pelvic organ prolapse

Surgical procedures, operative

Physical therapy, specialty

Resumo

O prolapso genital constitui afecção de grande importância social e econômica dada sua prevalência estimada em até 40% das mulheres, cujo aumento gradual coincide com o envelhecimento populacional. Estima-se que 30% das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico já foram operadas previamente pelo mesmo motivo. Fatos como esses e outras situações conflitantes, como a escolha entre tratamento conservador ou cirúrgico, a melhor técnica operatória para tratar as alterações anatômicas e funcionais do assoalho pélvico e o uso ou não de uma grande complexidade de materiais sintéticos e biológicos, têm sido objeto de constante investigação. O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura em relação ao manejo das pacientes portadoras de prolapso genital, considerando as evidências atuais referentes à utilização dos pessários vaginais, ao papel da fisioterapia, à melhor abordagem cirúrgica, às indicações do uso de telas e a concomitância, na vigência do prolapso, do tratamento cirúrgico da incontinência urinária.

Abstract

The pelvic organ prolapse is an important social and economic problem with the estimated prevalence at up to 40% of women, increasing with the aging population. It is estimated that 30% of patients undergoing surgical treatment, have been operated previously for the same reason. Facts such as these and other situations of conflict as the choice between conservative or surgical treatment, the best surgical technique to treat the anatomical and functional changes of the pelvic floor and use or not of a great complexity of biological and synthetic materials, have been under constant investigation. This study aims to realize a systematical review regarding the management of patients with genital prolapse, considering the current evidence regarding the use of vaginal pessaries, the role of physiotherapy, the best surgical approach, the indications for the meshes use and the concomitant surgical treatment of urinary incontinence, in the presence of prolapse.

¹ Professor Adjunto de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil.

² Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Graduando em Medicina pela UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FM-UFMG – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – Centro – CEP 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: agnaldo.ufmg@gmail.com

Introdução

O prolapso representa um problema socioeconômico importante. Entretanto, os dados epidemiológicos dessa enfermidade são difíceis de serem obtidos, uma vez que muitas mulheres escondem o fato, aceitando-o como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais. Na maioria dos estudos, a prevalência estimada é de 40% das mulheres¹ (A). A cada ano cerca de 300–400 mil mulheres norte-americanas são submetidas a procedimentos cirúrgicos para correção de prolapso pélvico e incontinência urinária, com custo anual de um bilhão de dólares. Cerca de 30% dessas cirurgias são reoperações² (A).

O descenso genital tem etiologia multifatorial na qual estão associados fatores genéticos e ambientais. Os fatores de risco incluem envelhecimento, paridade, histerectomia, obesidade e constipação intestinal. Na população brasileira, os fatores de risco identificados foram parto vaginal, macrossomia fetal e história familiar positiva³ (B).

As dificuldades na condução dessa patologia se iniciaram, no passado, com as dúvidas sobre o conceito de normalidade e enfermidade. Considerando-se a escassez de trabalhos que a definissem melhor, o Instituto Norte-Americano de Saúde (NIH) criou um consenso baseado na opinião de especialistas levando-se em conta a classificação criada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) em 1995. Essa classificação adotava um sistema com terminologia padronizada para descrever a posição anatômica dos órgãos genitais, função do trato urinário inferior e relaxamento das estruturas pélvicas⁴ (A).

Em 2010, a ICS e a Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) atualizaram a padronização dos sintomas de prolapso. Consideraram como queixas relacionadas aos prolapso de órgãos pélvicos (POP) abaulamento vaginal, pressão pélvica ou suprapúbica, sangramento, corrimento e infecções relacionados às ulcerações, necessidade de manobras manuais para possível defecação ou micção e dor na região da coluna sacral⁴ (A).

As condutas frente a um prolapso genital se dividem em cirúrgicas e clínicas. Na conduta clínica, há a possibilidade do uso de pessários vaginais e também da abordagem fisioterápica. Na conduta cirúrgica, são descritas uma extensa variedade de intervenções, por diferentes vias de acesso, e uma complexa diversidade de materiais⁵ (A).

Essa complexa alteração funcional vem aumentando sua prevalência pelas melhorias da qualidade de vida e consequente longevidade e tem desafiado o cirurgião pélvico com questionamentos que abrangem desde o estabelecimento de um processo diagnóstico adequado até a escolha da melhor abordagem tera-

pêutica, seja conservadora ou cirúrgica, tendo em vista o grande número atual de trabalhos científicos sobre esse tema. Por isso, esta revisão se propõe a apontar, pela força de recomendação dos estudos analisados, a melhor conduta terapêutica nos prolapso de órgãos genitais.

Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *National Center for Biotechnology Information* (NCBI – PubMed *on-line*) e *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Os descritores em português empregados na revisão bibliográfica foram: “prolapso de órgão pélvico”, “retocele”, “cistocele”, “procedimentos cirúrgicos operatórios” e “fisioterapia”. Seus correspondentes em inglês foram: “*pelvic organ prolapse*”, “*rectocele*”, “*cystocele*”, “*surgical procedures, operative*” e “*physical therapy, specialty*”. Foram incluídas publicações referentes aos últimos dez anos (2002–2012), priorizando-se os artigos com melhor metodologia e casuística e com melhores graus de evidência científica. No entanto, três artigos considerados relevantes sobre o assunto, publicados anteriormente ao ano 2002, foram citados na revisão. Foram excluídos artigos publicados em período anterior ao ano de 2002, exceto os artigos supracitados, artigos com menor casuística, com metodologia duvidosa ou de difícil reprodutibilidade. A revisão priorizou estudos clínicos de melhor qualidade metodológica conforme mostra o Fluxograma 1.

Qual a importância da utilização dos métodos propedêuticos de imagem na condução dos prolapso genitais?

A utilização da ultrassonografia como método auxiliar no diagnóstico do prolapso genital, por mais de duas décadas, apresenta evolução na aparelhagem e nas técnicas de imagem para que possa ser utilizada no diagnóstico dos defeitos do assoalho pélvico⁶. (B). Introduz-se a visão de que a observação anatômica estática não é suficiente para caracterizar o prolapso, e a orientação dinâmica fornecida pela ultrassonografia tem se tornado um aliado importante, ainda que de maneira lenta, no auxílio do diagnóstico e no planejamento terapêutico dos prolapso¹ (A).

Atualmente, o uso de aparelhos de ultrassonografia com imagens 3D ou 4D tem mostrado acurácia elevada e precisão

no diagnóstico das lesões dos músculos elevadores do ânus e na avaliação e classificação dos prolapso genitais⁷ (A). Estudos com maior casuística, avaliando a reprodutibilidade dessas novas técnicas ultrassonográficas, como, por exemplo, a ultrassonografia translabial, são necessários para melhores conclusões.

Cada vez mais se tem dado importância à Ressonância Nuclear Magnética (RNM) para o estabelecimento do diagnóstico dos prolapso de órgãos genitais por não se tratar de método invasivo, que não utiliza radiação ionizante e por permitir avaliação dinâmica utilizando uma variedade de planos. Como desvantagens, citam-se as limitações do método como posicionamento da paciente, custo e treinamento específico do radiologista⁸ (A).

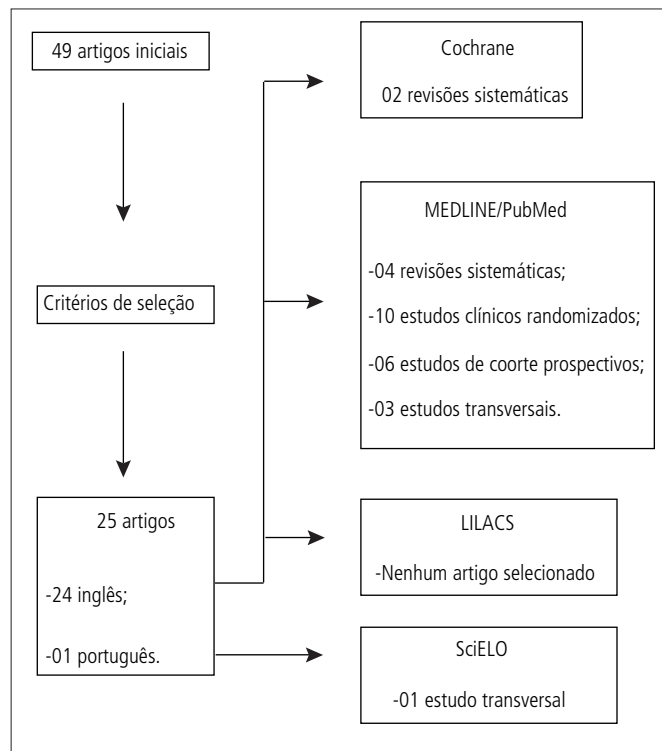
Comparações entre RNM dinâmica e cistocoloproctografia fluoroscópica, envolvendo um pequeno número de pacientes, mostram a mesma acurácia diagnóstica na detecção das alterações compartmentais, como enteroceles, retoceles, cistoceles e defeitos apicais, com a capacidade do primeiro método evidenciar em qual compartimento o defeito se encontra e quais ligamentos ou grupo de músculos estão envolvidos na origem do prolapso, além de ser um método não invasivo⁹ (A).

Até o presente momento, atribui-se à RNM bons resultados diagnósticos nos defeitos de parede posterior, não se podendo afirmar o mesmo para os prolapso anterior e apical¹⁰ (A). Assim como na ultrassonografia, estudos com maior robustez, de fácil reprodutibilidade, envolvendo maior número de pacientes, associados à adequação dos custos, são necessários para a aplicação rotineira desse método de diagnóstico.

Qual o papel atual dos pessários no manejo dos prolapso?

Os pessários estão disponíveis em vários tamanhos e formas. O tamanho varia entre 56–100 mm de diâmetro. Para escolher o tamanho, deve-se realizar um toque vaginal com os dedos indicador e médio, separar um dedo do outro e, mentalmente, imaginar quantos centímetros há entre os dois dedos. Em sua colocação, devem ser posicionados atrás da sínfise púbica e apoiarem-se, posteriormente, no corpo perineal. A paciente deve usar estrogênio tópico vaginal e trocar o anel a cada 4–5 meses. Durante as trocas, a vagina deve ser examinada em busca de processo inflamatório acentuado e ulcerações na mucosa vaginal.

São bem tolerados e melhoram os sintomas associados à POP¹¹ (A). São uma alternativa permanente para aquelas cuja cirurgia é contraindicada devido ao elevado risco cirúrgico ou que preferem não operar. Clemons et al. relataram que 92% das pacientes se consideravam satisfeitas após a



Fluxograma 1 - Metodologia

colocação do pessário de tamanho ideal para elas, pois os sintomas relacionados à distopia havia desaparecido, e em 50% delas os sintomas urinários haviam reduzido¹² (C). Podem ser usados em pacientes com qualquer estadiamento e em pacientes sexualmente ativas¹³ (C). Podem ser usados temporariamente por mulheres que aguardam cirurgia, que ainda não têm prole definida ou por gestantes.

Qual o papel atual da fisioterapia na condução dos prolapso genitais?

O tratamento conservador com fisioterapia vem sendo cada vez mais estudado. Braekken et al. realizaram estudo randomizado, controlado, no qual avaliaram os resultados do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) em mulheres com POP classificados pela ICS como: estádios I, cujo ponto de maior prolapso está localizado até 1,0 cm para dentro das carúnculas himenais; II cujo ponto de maior prolapso está localizado entre -1,0 cm e +1,0 cm, entre 1,0 cm acima e 1,0 cm abaixo das carúnculas himenais; e III em que o ponto de maior prolapso está a mais de 1,0 cm para fora do introito vaginal, porém sem ocorrer eversão total da vagina. As mulheres submetidas ao tratamento tiveram redução significativa de um estádios do prolapso quando comparadas ao Grupo Controle. Além disso,

houve redução significativa dos sintomas no grupo tratado¹⁴ (A). O mesmo grupo estudou as alterações funcionais e morfológicas do TMAP, utilizando ultrassonografia, e concluíram que o TMAP supervisionado aumenta o volume muscular, reduz o hiato do levantador do ânus, encurta o comprimento muscular e eleva a posição de repouso do reto e bexiga¹⁵ (A). Revisão da Cochrane publicada em 2011 concluiu que, atualmente, já há evidências de que o TMAP tem efeito positivo nos sintomas e na gravidade do prolapso. A realização de seis meses de tratamento supervisionado por fisioterapeuta mostrou benefícios em termos anatômicos e de melhoria dos sintomas¹⁶ (A).

Em suma, o maior e mais rigoroso estudo até o momento sugere que seis meses de TMAP pós-intervenção tem benefícios quanto à melhora anatômica e dos sintomas. Assim, são necessárias melhores evidências relativas à eficácia e custo-efetividade da TMAP, por estudos com maior robustez, envolvendo um número maior de pacientes, avaliando a condução do prolapso sintomático a médio e longo prazos, tanto como tratamento isolado quanto como terapia adjuvante¹⁶ (A).

Qual a melhor técnica cirúrgica para tratar os prolapso genitais?

Conduta nos prolapso apicais (cúpula vaginal e útero)

De acordo com a meta-análise da Cochrane, publicada em 2010, existem, até o momento, poucos ensaios clínicos comparando as diversas técnicas de tratamento dos prolapso apicais⁵ (A).

Colpofixação sacral por via abdominal versus colpofixação sacroespinhosa por via vaginal

Dois estudos foram avaliados por meta-análise e concluiu-se que a colpofixação sacral por via abdominal foi mais efetiva na diminuição das taxas de recorrência do prolapso (RR=0,23; IC95% 0,07–0,77) e causou menos dispareunia no pós-operatório (RR=0,39; IC95% 0,18–0,86) que por via vaginal, conforme mostra Tabela 1. Entretanto, essa técnica foi associada a um maior

Tabela 1 - Estudos comparativos entre colpofixação no ligamento sacroespinhoso e colpopexia sacral abdominal

Autor	Ano	Procedimento (n)		RR	Favorável
		Colpopexia sacral (1)	Fixação sacroespinhoso (2)		
Benson	1996	38	42	0,22	1
Maher ⁵	2004	46	43	0,23	1
Total		84	85	0,23	1

n: tamanho da amostra; RR: risco relativo; intervalo de confiança de 95%. Extraído e adaptado de Maher et al.⁵

tempo cirúrgico (média de 21 minutos; IC95% 12–30) e custo mais elevado (média de US\$ 1.334; IC95% 1,027–1,641)⁵ (A).

Colpofixação sacral por laparotomia versus via laparoscópica

Um pequeno estudo comparou as duas vias de acesso para a realização da colpofixação sacral em prolapso de cúpula vaginal grau II (POP-Q). Apesar de não se poder tirar qualquer conclusão com força estatística do estudo, após 12 semanas da cirurgia a elevação da cúpula vaginal acima do hímen foi semelhante nos dois grupos (laparotomia 6,0 cm versus laparoscopia 6,2 cm; p=0,71)⁵ (A). Paraiso et al. compararam a via laparotômica com a laparoscópica e evidenciaram resultados clínicos semelhantes. O tempo operatório foi significativamente maior na via laparoscópica, porém a perda sanguínea estimada e o tempo de hospitalização foram menores⁵ (B).

Colpofixação sacral com e sem cirurgia para incontinência

Dois ensaios analisaram a eficácia da cirurgia para incontinência pela operação de Burch associada ao tratamento do defeito apical pela colpofixação sacral, com os resultados evidenciando melhora na correção do prolapso quando o tratamento da incontinência estava associado (RR=0,41 cm; IC95% 0,13–0,69 e RR=0,44 cm; IC95% 0,26–0,63, respectivamente)⁵ (A).

Utilização de tela absorvível versus tela não absorvível na colpofixação sacral

Um estudo comparou o uso de tela cadavérica absorvível com tela não absorvível monofilamentar de polipropileno. Não houve recorrência do prolapso apical em ambos os grupos, mas o risco de recorrência de prolapso em qualquer outro sítio vaginal foi maior no primeiro grupo (32%) comparado ao uso de tela sintética (9%) (RR=3,58; IC95% 1,28–10,03). Não há dados sobre alterações urinárias, intestinais ou sexuais⁵ (A).

Histerectomia abdominal com colpopexia sacral com uso de tela versus histerectomia vaginal e culdoplastia pela técnica de Mayo-McCall.

Apenas um pequeno ensaio comparou 47 pacientes submetidas à histerectomia abdominal com colpofixação sacral realizada através de aplicação de tela sintética combinada absorvível e não absorvível com 47 mulheres submetidas à histerectomia vaginal com culdoplastia pela técnica de Mayo-McCall, pelo uso de fios absorvíveis de longa duração. A análise dos resultados mostrou que, após 33 meses de seguimento, não houve qualquer recorrência do prolapso nas pacientes do primeiro

grupo, enquanto, no segundo grupo, duas mulheres apresentaram recorrência⁵ (A).

Histeropexia sacroespinhal (preservação uterina) por via vaginal versus histerectomia vaginal

Um ensaio comparou a função sexual após as cirurgias, porém sem menção à recorrência do prolapso ou à função urinária. Pacientes submetidas à histeropexia apresentaram mais sintomas, principalmente dor retal (RR=4,23; IC95% 1,25–14,25)⁵ (A). Outro estudo mostrou maior taxa de recorrência do prolapso após 1 ano de acompanhamento no grupo da histeropexia 7/34 (21%), porém sem diferenças estatísticas para o grupo da histerectomia 1/33 (3%). Mulheres submetidas à histeropexia permaneceram menos tempo internadas ($p=0.03$), e o retorno às atividades laborais ocorreu, em média, 23 dias mais cedo (IC95% 9–37)⁵ (A).

Condução nos prolapso de parede anterior da vagina

Colpoperineoplastia anterior tradicional versus colpoperineoplastia anterior com reforço de tela biológica

Um ensaio comparou a correção convencional do defeito de parede anterior com a correção do defeito de parede anterior reforçada por tela de tecido suíno. Após um ano de acompanhamento, a taxas de falha subjetivas foram maiores no primeiro grupo (19%), comparadas ao grupo que usou o reforço de tela de tecido suíno (7%). Não houve diferenças entre os grupos em relação aos dias de internação, perda sanguínea, dispareunia ou retenção urinária pós-operatória. Uma paciente apresentou rejeição de tela suína sendo necessária a remoção cirúrgica. Na atualização de dois anos deste estudo, confirmou-se a superioridade no controle do prolapso no grupo que usou o reforço de tela de tecido suíno com taxas de recidiva em torno de 11% versus 23% (RR=2,08; IC95% 1,08–4,01)⁵ (A).

Outro estudo comparou a correção convencional do defeito de parede anterior com a correção do defeito de parede anterior com o reforço de tela cadavérica, e, após 13 meses de acompanhamento, não houve diferença estatística entre as taxas de falha objetiva ou subjetiva entre os grupos⁵ (A).

Colpoperineoplastia anterior tradicional versus colpoperineoplastia anterior com reforço de tela sintética

Dois ensaios clínicos com um pequeno número de pacientes compararam a correção do defeito anterior sem colocação de tela com a correção reforçada por tela de poligalactina (Vicryl®) e mostraram a superioridade do uso da tela para as taxas de cura objetiva (RR=1,48; IC95% 1,07–2,04)⁵ (A).

Outros estudos avaliados em meta-análise compararam a correção convencional do defeito de parede vaginal anterior versus a correção de defeito anterior reforçada com o uso de telas sintéticas inabsorvíveis de polipropileno. A análise dos dados mostrou que tanto telas de kits comerciais quanto telas confeccionadas pela equipe cirúrgica apresentaram menores taxas de recorrência do prolapso do compartimento anterior, quando comparados à correção do defeito de parede anterior sem o uso das telas (RR=3,55; IC95% 2,29–5,51), conforme descrito na Tabela 2. Entretanto, os dados apontam que a perda sanguínea mensurada ou as alterações nos níveis de hemoglobina foram maiores no grupo que utilizou o reforço de telas. Houve relato de extrusão de tela em 10,3% (30/292) das mulheres submetidas à cirurgia com reforço de telas sintéticas inabsorvíveis. Não houve diferença entre os grupos quanto à dispareunia “de novo” (RR=0,90; IC95% 0,25–3,23) ou incontinência urinária de esforço “de novo” (RR=0,87; IC95% 0,43–1,76) embora os estudos tenham sido heterogêneos para essas comparações⁵ (A).

Comparação entre telas de diferentes composições

Dois ensaios compararam o tratamento do defeito de parede vaginal anterior com uso de telas sintéticas absorvíveis ou inabsorvíveis versus a correção do defeito pelo uso de telas biológicas. Pelo pequeno número de pacientes envolvidas nesses estudos e pela heterogeneidade entre eles não se pôde estabelecer comparações e consequentes conclusões sobre qual seria o melhor material. O mesmo ocorreu com um estudo sobre o uso de tela de polipropileno versus tela de tecido suíno⁵ (A).

Outro ensaio clínico comparou o uso de tela de polipropileno com tela de tecido suíno, ambas com o formato caracterizado de maneira semelhante, para homogeneizar a técnica cirúrgica. Após 2 anos de acompanhamento, 28% (27/96) das pacientes

Tabela 2 - Estudos comparativos entre correção do prolapso anterior pela cistopexia tradicional e correção pelo uso de tela de polipropileno

Autor	Ano	Procedimento (n)		RR	Favorável
		Cistopexia tradicional (1)	Cistopexia por tela (2)		
Al-Nazer	2007	20	20	6,00	nenhum
Ali	2006	43	46	1,78	nenhum
Um	2007	60	62	1,68	2
Total		123	128	2,14	2

n: tamanho da amostra; RR: risco relativo; intervalo de confiança de 95%.
Extraído e adaptado de Maher et al.⁵

que usaram polipropileno apresentaram recorrência do prolapso comparada a 44% (41/94) de recidiva para correção com tela de tecido suíno (RR=0,64; IC95% 0,43–0,96)⁵ (A).

Conduta nos prolapso de parede posterior da vagina

Dois ensaios compararam a correção dos defeitos posteriores pela via anal *versus* via vaginal. Os resultados mostraram maiores índices de cura subjetiva (RR=0,36; IC95% 13–1) e objetiva (RR=0,24; IC95% 0,09–0,64) superiores quando utilizada a abordagem por via vaginal, porém com maiores taxas de perda sanguínea e doses mais elevadas de analgésicos. Não houve diferença entre as técnicas para constipação intestinal, incontinência anal ou dispareunia no pós-operatório, embora os ensaios sejam demasiadamente pequenos para dar credibilidade a esses dados⁵ (A).

Um ensaio comparou a correção da retocele com reforço de tela de poligalactina (Vicryl®) com a correção tradicional de retocele com taxas semelhantes de recorrências⁵ (A).

Outro ensaio comparou três grupos com defeito de parede posterior, sendo, o primeiro, submetido à correção pela técnica da colporrafia posterior tradicional, o segundo, à correção sítio específica, e o terceiro, tratado por correção sítio específica reforçada com tela de tecido suíno. Não se observou diferença nos índices de falha entre a colporrafia tradicional e a correção sítio específica (RR=0,64; IC95% 0,20–2,03). Houve menor recorrência no grupo da colporrafia posterior tradicional, quando comparada à colporrafia reforçada com tela de tecido suíno (RR=0,31; IC95% 0,11–0,84). Não houve diferença nos resultados funcionais ou nas taxas de reoperação⁵ (A).

Tabela 3 - Estudos comparativos entre taxas de melhoria da incontinência urinária corrigidas em um mesmo tempo operatório

Autor	Ano	Procedimento (n)		RR	Favorável
		Prolapso sem incontinência (1)	Prolapso com incontinência (2)		
Brubaker	2008	155	147	1,57	2
Bump	1996	15	14	0,47	nenhum
Colombo	1996	52	50	0,96	nenhum
Constantini	2007	32	34	0,12	1
Meschia	2004	25	25	9,00	2
Schierlitz	2007	27	25	8,33	2
Total		306	295	1,39	nenhum

n: tamanho da amostra; RR: risco relativo; intervalo de confiança de 95%.
Extraído e adaptado de Maher et al.⁵

Nas pacientes com queixa de incontinência urinária de esforço ou naquelas com incontinência oculta, deve-se corrigir a incontinência na mesma cirurgia de correção do prolapso?

Incontinência urinária (IU) oculta ocorre quando o prolapso genital impede que a perda urinária ocorra. Isso ocorre devido à angulação da uretra causada pela distopia ou pela compressão pelo próprio prolapso¹⁷ (B).

A incontinência urinária de esforço (IUE) está ausente em 60% das mulheres com prolapso. Entretanto, 36 a 80% das pacientes estão sob o risco de desenvolvê-la no pós-operatório¹⁸ (C). Essas são as pacientes que possuem IUE oculta e que podem ser diagnosticadas no pré-operatório com um teste de barreira. Esse teste consiste em reduzir o prolapso e orientar a paciente a fazer manobra de Valsalva. O teste de barreira pode ser feito no ambulatório com pessário ou espécule e no estudo urodinâmico com auxílio do pessário. Ainda não se sabe qual das duas formas é melhor e mais sensível para o diagnóstico. Se o teste de barreira é negativo, a chance de desenvolver IUE é bem pequena¹⁹ (D).

Há duas formas de se conduzir pacientes com prolapso e IUE, sendo ela oculta ou não. Uma das formas é corrigir o prolapso e a IU no mesmo ato operatório. A outra consiste em realizar a correção do prolapso e avaliar a necessidade da cirurgia para IUE no pós-operatório. A colporrafia anterior pode ser efetiva na correção da IUE em 37% das pacientes²⁰ (A). Abordar o prolapso e a IUE no mesmo tempo cirúrgico mostra a vantagem de se tratar dois problemas simultaneamente, sem a necessidade de nova operação. Entretanto, as taxas de complicações são maiores, sendo a ocorrência de distúrbios miccionais e obstrução no pós-operatório as mais importantes¹⁹ (D). A abordagem combinada parece reduzir as taxas de IUE no pós-operatório, mas aumenta as de hiperatividade detrusora²¹ (B). A Tabela 3 mostra os resultados de alguns estudos comparativos entre a correção do prolapso concomitante à IU e correção do prolapso sem a abordagem da IUE.

Ensaio clínico multicêntrico, com maior número de pacientes e com melhor desenho metodológico e maior tempo de seguimento, como os estudos CUPIDO I e II, estão em processo de elaboração para tentar responder melhor esses questionamentos, pois ainda não há consenso²² (A).

Como tratar pacientes que apresentam prolapso genital importante e risco cirúrgico elevado?

As alternativas nesses casos são a colpocleise ou colpectomia e a cirurgia de Manchester.

A colpocleise ou colpectomia são procedimentos obliterativos, que impedirão o intercurso sexual. Portanto, é necessária

uma ampla discussão com a paciente e sua família. Devem ser indicados apenas em mulheres idosas, com múltiplas comorbidades, com vida sexual inativa e com prolapso avançados. Apresentam baixa morbimortalidade e podem ser realizados com anestesia local. O tempo operatório é bem inferior quando se compara com correções complexas de distopias e a eficácia é de 90 a 100%²³ (A). A associação com histerectomia aumenta a perda sanguínea, número de transfusões e tempo de hospitalização, sem benefícios conhecidos. Se o útero for mantido, torna-se obrigatória a realização prévia de exame preventivo do colo uterino e biópsia de endométrio, uma vez que, depois de realizado o procedimento, a avaliação de sangramento uterino ficará dificultada²³ (A).

Como tratar mulheres que não desejam histerectomia e que apresentam grandes prolapso?

Para mulheres que desejam conservar o útero (por prole indefinida ou por desejo), os mesmos procedimentos para suspensão da cúpula vaginal podem ser usados mantendo-se o útero: fixação no ligamento uterossacro ou sacroespinhoso, ou histeropexia sacral abdominal. Os trabalhos retrospectivos mostram índices de recorrência de 6,6 a 23,5% para histeropexia sacral e de mais de 30% para histeropexia no ligamento sacroespinhoso²⁴ (B). Segundo Roovers et al., pacientes submetidas à histeropexia sacral apresentam maiores índices de recorrência, menos dor, menos sintomas urinários obstrutivos e hiperatividade vesical quando comparadas com aquelas submetidas à histerectomia²⁵ (A). As principais complicações são hemorragia, hematoma, infecção de ferida, obstrução intestinal, hérnia incisional e erosão da tela.

Nas mulheres que desejam engravidar, avaliar a possibilidade de realizar a cirurgia após a gestação, uma vez que a própria gravidez é fator de risco teórico para recorrência.

Considerações Finais

Observa-se que o prolapso genital é patologia de grande relevância. Tem elevada prevalência que tende a aumentar diante do envelhecimento populacional, configurando problema de saúde pública por seus custos elevados. Ainda assim, os desafios que se propõem na abordagem do prolapso passam pela falta de consenso sobre a melhor forma de conduzir os defeitos genitais, quer pela opção por terapias conservadoras ou pela escolha da técnica a ser empregada, levando-se em consideração as repercussões sobre as estruturas anatômicas diretamente envolvidas, bem como sua funcionalidade.

Assim, diante do exposto, no desenvolvimento desta revisão, nota-se que estudos com alta qualidade são imperativos, que levem em consideração critérios de avaliação objetiva e subjetiva, observando-se a interação do intestino, da bexiga, e da função sexual do assoalho pélvico e com utilização de questionários de qualidade de vida validados. Também, índices de complicações, morbidades inerentes aos tratamentos, custos e o relato de sintomas, como persistência ou aquisição de bexiga hiperativa, IUE, ou dispareunia, são imprescindíveis.

A falta de resultados em longo prazo, com tempo de seguimento de dois anos e possível reavaliação em cinco, dificulta o estabelecimento de critérios eficazes, cura e melhora da qualidade de vida. Ensaios que envolvessem simultaneamente terapia conservadora por pessários, fisioterapia e mudanças no estilo de vida poderiam ser úteis na comparação com o tratamento cirúrgico. Por fim, ensaios clínicos randomizados cirúrgicos deveriam levar em consideração o estabelecimento de um braço de reparação com tecido da paciente, por técnicas clássicas, para servir como controles comparativos para as novas técnicas estabelecidas, tendo as operações, objetivos semelhantes no tratamento do mesmo tipo de lesão, a fim de que as técnicas sejam comparáveis.

Leituras suplementares

- DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1488-95.
- Jones KA, Shepherd JP, Oliphant SS, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(5):501e1-7.
- Rodrigues AM, de Oliveira LM, Martins K de F, Del Roy CA, Sartori MG, Girao MJ, et al. [Risk factors for genital prolapse in a Brazilian population]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(1):17-21.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;21(1):5-26.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane database of systematic reviews (online).* 2010(4):CD004014.
- Schaer GN, Koechli OR, Schuessler B, Haller U. Perineal ultrasound: determination of reliable examination procedures. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7(5):347-52.
- Dietz HP, Shek C. Validity and reproducibility of the digital detection of levator trauma. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(8):1097-101.
- Woodfield CA, Krishnamoorthy S, Hampton BS, Brody JM. Imaging pelvic floor disorders: trend toward comprehensive MRI. *AJR.* 2010;194(6):1640-9.
- Boyadzhan L, Raman SS, Raz S. Role of static and dynamic MR imaging in surgical pelvic floor dysfunction. *Radiographics.* 2008;28(4):949-67.
- Broekhuis SR, Futterer JJ, Barentsz JO, Vierhout ME, Kluivers KB. A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ

- prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(6):721-9.
11. Ko PC, Lo TS, Tseng LH, Lin YH, Liang CC, Lee SJ. Use of a pessary in treatment of pelvic organ prolapse: quality of life, compliance, and failure at 1-year follow-up. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(1):68-74.
 12. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):345-50.
 13. Brincat C, Kenton K, Pat Fitzgerald M, Brubaker L. Sexual activity predicts continued pessary use. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):198-200.
 14. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):170 e1-7.
 15. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):317-24.
 16. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2011;12:CD003882.
 17. Long CY, Hsu SC, Wu TP, Sun DJ, Su JH, Tsai EM. Urodynamic comparison of continent and incontinent women with severe uterovaginal prolapse. *J Reprod Med.* 2004;49(1):33-7.
 18. Ghoniem GM, Walters F, Lewis V. The value of the vaginal pack test in large cystoceles. *J Urol.* 1994;152(3):931-4.
 19. Roovers JP, Oelke M. Clinical relevance of urodynamic investigation tests prior to surgical correction of genital prolapse: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(4):455-60.
 20. Bergman A, Elia G. Three surgical procedures for genuine stress incontinence: five-year follow-up of a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(1):66-71.
 21. De Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. Combined genital prolapse repair reinforced with a polypropylene mesh and tension-free vaginal tape in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a retrospective case-control study with short-term follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(10):950-4.
 22. Van der Steen A, van der Ploeg M, Dijkgraaf MG, van der Vaart H, Roovers JP. Protocol for the CUPIDO trials; multicenter randomized controlled trials to assess the value of combining prolapse surgery and incontinence surgery in patients with genital prolapse and evident stress incontinence (CUPIDO I) and in patients with genital prolapse and occult stress incontinence (CUPIDO II). *BMC Womens Health.* 2010;10:16.
 23. ACOG. ACOG Practice Bulletin Nº. 85: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2007;110(3):717-29.
 24. Van Brummen HJ, van de Pol G, Aalders CI, Heintz AP, van der Vaart CH. Sacrospinous hysteropexy compared to vaginal hysterectomy as primary surgical treatment for a descensus uteri: effects on urinary symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2000;14(5):350-5; discussion 5.
 25. Roovers JP, van der Vaart CH, van der Bom JG, van Leeuwen JH, Scholten PC, Heintz AP. A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *BJOG.* 2004;111(1):50-6.