

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**STELLA VIEIRA SANTOS**

**Análise retrospectiva dos casos de prolapsos uterinos  
corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total  
vaginal utilizando-se técnica padronizada.**

**RIBEIRÃO PRETO  
2022**

STELLA VIEIRA SANTOS

**Análise retrospectiva dos casos de prolapsos uterinos corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total vaginal utilizando-se técnica padronizada.**

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências. Mestrado Profissional em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SANTOS, Stella Vieira

Análise retrospectiva dos casos de prolapsos uterinos corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total vaginal utilizando-se técnica padronizada. Ribeirão Preto, 2022.

57p.: il.: 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Orientador: Rosa e Silva, Júlio César.

Prolapso de Órgãos Pélvicos. 2. Uroginecologia. 3. Cirurgia Ginecológica.

Nome: SANTOS, Stella Vieira

Título: Análise retrospectiva dos casos de prolapso uterinos corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total vaginal utilizando-se técnica padronizada.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Ao meu parceiro de vida, Mateus, por me incentivar e estar sempre ao meu lado.

Aos meus pais, por sempre me ensinarem a não desistir dos meus sonhos com a melhor lição:  
o exemplo.

A Deus.

## **AGRADECIMENTOS:**

Ao Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva, por ser meu orientador durante o desenvolvimento desse trabalho, contribuindo sempre para o meu conhecimento científico.

Ao Prof. Dr. Pedro Magnani, por ser meu mentor na Uroginecologia e estar sempre à disposição para ensinar.

Ao Prof. Dr. Helmer Herren, pela disponibilidade em auxiliar na orientação desse trabalho.

Ao Departamento de Ginecologia de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ter sido minha casa durante minha formação profissional e pela oportunidade de realização do Mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:**

- ICS – SOCIEDADE INTERNACIONAL DE INCONTINÊNCIA
- IUGA – SOCIEDADE INTERNACIONAL DE UROGINECOLOGIA
- POP – PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS
- POP-Q – PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION SYSTEM
- SCA – SACROCOLPOPEXIA ABDOMINAL
- FSV – FIXAÇÃO NO LIGAMENTO SACROESPINHAL VIA VAGINAL
- FMRP-USP – FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- HTV – HISTERECTOMIA TOTAL VAGINAL
- HCRP-USP – HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- AURG - AMBULATÓRIO DE UROGINECOLOGIA
- ACGC – AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA
- IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL
- TH – TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL
- HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
- DM2 – DIABETES MELLITUS DO TIPO 2
- ITU – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

## RESUMO

SANTOS, S.V. **Análise retrospectiva dos casos de prolapso uterinos corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total vaginal utilizando-se técnica padronizada.** 2022. Dissertação de Mestrado Profissional – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

**Introdução:** De acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA), o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é definido como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e/ou do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal na mulher histerectomizada) maior do que 2 cm em relação à posição de repouso. O POP é uma afecção de incidência crescente, com grande prejuízo na qualidade de vida da paciente e com diversas propostas de tratamento. A correção cirúrgica, por diferentes técnicas, é considerada a melhor linha de tratamento a longo prazo.

**Objetivo:** Avaliar o sucesso de correção de prolapso genital do compartimento apical feminino a partir de técnica cirúrgica utilizada pelo Setor de Cirurgia Ginecológica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP-USP.

**Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, com análise de prontuários das pacientes submetidas a histerectomia vaginal com colpopexia utilizando os ligamentos uterossacros e cardinais fixados ao fórnice vaginal contralateral, devido a prolapso uterino. Tais pacientes foram submetidas ao procedimento entre janeiro de 2014 e dezembro de 2018. Foi avaliada a taxa de sucesso (cura objetiva e subjetiva) e de satisfação das pacientes após procedimento, a partir da percepção pessoal de correção do prolapso, dor pós-operatória e sintomas urinários, comparando com os dados disponíveis na literatura.

**Resultados:** Foram incluídas 284 pacientes submetidas ao procedimento descrito, com seguimento médio de 6,8 meses. A taxa de cura objetiva foi de 89,4% e de cura subjetiva de 91,9%. A falha terapêutica foi de 8,1%. Pacientes com queixa de incontinência urinária (IU) apresentaram melhora da sintomatologia. Não houve casos de complicação grave com desfecho de óbito.

**Conclusão:** As taxas de cura objetiva e subjetiva das cirurgias de correção prolapso apical sob técnica padronizada realizadas no serviço de Cirurgia Ginecológica no HCRP-USP estão dentro



do esperado na literatura científica. O procedimento é considerado seguro, com baixas taxas de complicação e sem descrição de eventos adversos graves.

Palavras-chave: Prolapso de órgãos pélvicos, Uroginecologia, Cirurgia Ginecológica.

## **ABSTRACT**

**SANTOS, S.V. Retrospective analysis of cases of uterine prolapse surgically corrected by total vaginal hysterectomy using a standardized technique.** 2022. Professional Master's Dissertation – Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

**Introduction:** According to the International Incontinence Society (ICS) and the International Society of Urogynecology (IUGA), pelvic organ prolapse (POP) is defined as the descent of the anterior and/or posterior vaginal wall and/or the apex of the vagina (uterus or vaginal vault in a hysterectomized woman) greater than 2 cm from the resting position. POP is a disease of increasing incidence, with great damage to the patient's quality of life and with several treatment proposals. Surgical correction, using different techniques, is considered the best line of long-term treatment.

**Objective:** To evaluate the success of correction of female apical compartment genital prolapse using a surgical technique used by the Gynecological Surgery Sector of the Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto - FMRP-USP.

**Methodology:** Descriptive, retrospective study, with analysis of medical records of patients undergoing vaginal hysterectomy with colpexy using the uterosacral and cardinal ligaments fixed to the contralateral vaginal fornix, due to uterine prolapse. Such patients underwent the procedure between January 2014 and December 2018. The success rate (objective and subjective cure) and patient satisfaction after the procedure were evaluated, based on the personal perception of prolapse correction, postoperative pain and urinary symptoms, comparing with the data available in the literature.

**Results:** 284 patients submitted to the described procedure were included, with a mean follow-up of 6.8 months. The objective cure rate was 89.4% and the subjective cure rate was 91.9%. Therapeutic failure was 8,1%. Patients complaining of urinary incontinence (UI) showed improvement in symptoms. There were no cases of serious complications resulting in death.

**Conclusion:** The objective and subjective cure rates of apical prolapse correction surgeries using a standardized technique performed at the Gynecological Surgery Service at HCRP-USP are within the expected in the scientific literature. The procedure is considered safe, with low complication rates and no description of serious adverse events.

**Keywords:** Pelvic organ prolapse, Urogynecology, Gynecological Surgery.

## SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO -----	13
2. METODOLOGIA -----	18
3. RESULTADOS -----	20
4. DISCUSSÃO -----	31
5. CONCLUSÃO -----	36
6. REFERÊNCIAS -----	37
7. ANEXOS -----	40
1. ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (CEP) -----	40
2. ANEXO 2 – Capítulo 10: Distopia Genital (Protocolo do Setor de Uroginecologia, Cirurgia Ginecológica e Reconstrução Pélvica – HCRP-USP – 2011) -----	44
3. ANEXO 3 - Descrição cirúrgica da técnica de HTV associada à técnica de correção de POP seguida de colpexia utilizando-se os ligamentos cardinais e uterossacos fixados ao fórnice contralateral da vagina -----	56

## 1. INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e/ou do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal na mulher hysterectomizada) maior do que 2cm em relação à posição de repouso<sup>1 2</sup>. Estima-se que as desordens do assoalho pélvico, como POP, incontinência fecal e incontinência urinária, afetem 25% das mulheres norte americanas<sup>3</sup>. Os sintomas de POP podem ocorrer em qualquer idade, mas tem seu pico entre os 70-79 anos<sup>4</sup>. Mulheres dos Estados Unidos tem 13% de chance de serem submetidas à cirurgia de POP ao longo de sua vida<sup>5</sup> e alguns estudos mostram uma taxa de reoperação por recidiva entre 6% a 30%<sup>6 7 8 9</sup>. Entre os fatores de risco para recorrência do POP, destacamos a idade acima de 60 anos e estágio 3 e 4 do prolapso antes da cirurgia<sup>10 11 12</sup>.

O prolapso decorre da falha dos mecanismos de suporte e sustentação das vísceras pélvicas, resultando na protrusão vaginal e na queda dos órgãos pélvicos através do canal vaginal. Os aparelhos de suspensão são formados principalmente por ligamentos e fâscias. Os tecidos conjuntivos de sustentação formam uma trama contínua e altamente interdependente na qual todos os componentes interagem para sustentar a vagina e, portanto, os órgãos pélvicos<sup>13</sup>.

A etiopatogenia do prolapso genital é multifatorial. Vários fatores de risco têm sido identificados na gênese e/ou progressão do POP e, dependendo da combinação de fatores de risco em uma pessoa, o prolapso pode ou não se desenvolver durante sua vida<sup>14</sup>. Dentre os principais fatores possivelmente desencadeantes, temos: idade, parto e suas vias, história familiar prévia, menopausa, hysterectomia prévia e defeitos na produção de colágeno<sup>15</sup>. Os fatores de risco agem nos componentes do assoalho pélvico, podendo provocar lesões musculares, ou nas estruturas formadas por tecido conjuntivo. Os fatores obstétricos são os mais estudados, sabendo-se que o parto vaginal é considerado o principal fator de risco para POP. Contudo, a cesariana não é considerada inteiramente um fator protetor. Além disso, prolapsos acentuados e incontinência urinária de esforço têm sido observados em mulheres nulíparas, enquanto que há pacientes múltiparas que não desenvolvem nenhuma das duas disfunções<sup>16</sup>. Assim, o potencial trauma do assoalho pélvico decorrente do parto vaginal não explica o surgimento de todos os prolapsos genitais.

O tratamento varia de acordo com a sintomatologia. Para mulheres assintomáticas ou levemente sintomáticas, o tratamento expectante é apropriado. No entanto, para mulheres com

prolapso significativo ou com incômodo importante, pode-se optar entre tratamento cirúrgico e não cirúrgico. A escolha depende dos sintomas associados e sua gravidade, idade, comorbidades clínicas, desejo de função sexual e/ou reprodutiva e fatores de risco para recorrência. O tratamento deve ter como objetivo o alívio dos sintomas, no entanto, os benefícios devem sobrepujar os riscos.

A escolha pela abordagem cirúrgica deve ser feita para aquelas pacientes cujo prolapso genital é volumoso e/ou acompanhado de sintomatologia importante – dor local, queixas urinárias, evacuatórias e sexuais, sangramentos, dor pélvica - que levam a perda da qualidade de vida. A técnica cirúrgica escolhida também depende da característica de cada paciente, suas comorbidades e graus de prolapso.

Os procedimentos reconstrutivos têm como objetivo restaurar a anatomia pélvica normal e são realizados com maior frequência para tratamento de POP que os procedimentos obliterativos. Entretanto, deve-se levar em conta a condição clínica da paciente, visto que os procedimentos obliterativos são menos invasivos. A abordagem pode ser via vaginal, abdominal, laparoscópica ou robótica, a depender de cada caso. Nos Estados Unidos, a via preferencial de abordagem é a vaginal <sup>17</sup>.

Apesar de promissora em outras áreas cirúrgicas, a cirurgia robótica apresenta-se na ginecologia com aumento de tempo cirúrgico sem grandes benefícios clínicos pós-operatórios, não existindo, até o momento, ensaios randomizados que demonstrem equivalência ou superioridade nos resultados com esse tipo de abordagem para correção de prolapso genitais<sup>18</sup>  
<sup>19</sup>.

As técnicas utilizadas na abordagem reconstrutiva são variáveis, sendo realizadas em conjunto para melhor resultado, visto frequência de múltiplos defeitos compartimentares nos prolapso de grande monta. As principais são a colpoperineoplastia anterior e posterior, sacrocolpopexia via abdominal ou laparoscópica, fixação ao ligamento sacroespinhoso e suspensão da cúpula vaginal com ligamento uterossacro. A associação da histerectomia no processo de correção de prolapso facilita principalmente o uso da última técnica descrita.

Discute-se sobre a associação de uso de telas sintéticas durante o procedimento cirúrgico em detrimento da correção sítio-específica (com uso dos próprios tecidos danificados). Estudos mostram altas taxas de recidiva com a utilização de tecidos nativos, tanto em casos de defeitos apicais (18% a 30% em um ano), da parede vaginal anterior (24% a 32% em um ano), como da

posterior (18% a 24% em um ano). Por essa razão, foi introduzido o uso de telas sintéticas, objetivando aumento dos índices de sucesso cirúrgico. Ressalte-se, porém, que sua utilização é controversa. O uso de telas via vaginal está associado a um risco não negligenciável de complicações inerentes ao material utilizado, tais como sangramento, exposição, erosão, infecção, granulomas, contração da tela, dispareunia, fístulas, dor crônica e outras, reduzindo a qualidade de vida e trazendo a necessidade de cirurgias adicionais.<sup>20 21</sup> Em 2008, atualizado em 2011, o American Food and Drug Administration (FDA) fez um alerta sobre sérias complicações associadas ao uso de telas sintética, e em 2016, reclassifica esse material de risco II (médio risco de complicações) para risco III (alto risco de complicações). Em 2017, Austrália, entre outros países, proíbe o uso desse material. Tais dados ensejam o questionamento de sua indicação, técnica, eficácia e segurança.<sup>22 23</sup>

Uma revisão comparando reparo com tecido nativo versus tela sintética inabsorvível para o tratamento do prolapso vaginal, encontrou uma melhor cura objetiva com o uso de telas, porém mais mulheres necessitaram uma nova cirurgia para tratamento de incontinência urinária e para correção de exposição da tela. A taxa de exposição da tela foi de 10,4%, sendo que 8% destas mulheres necessitaram repetir a cirurgia devido à exposição da tela na vagina<sup>24</sup>. A escolha pela correção sem uso de telas sintéticas tem crescido, visto que a literatura demonstra ser esta uma preferência das pacientes, devido conhecimento de complicações relatadas recentemente<sup>25</sup>.

A melhor técnica de correção depende, ainda, do grau de prolapso apresentado pela paciente, cuja avaliação pode ser feita por distintos sistemas de classificação já descritos na literatura.

O sistema de classificação de Baden-Walker é um dos mais utilizados no meio clínico para a classificação de POP. Consiste em classificar os defeitos de parede vaginal de forma observacional, de acordo com a posição do prolapso em relação à carúncula himenal, seguindo os seguintes critérios<sup>26</sup> :

- Grau 0: ausência de prolapso.
- Grau 1: ponto de maior prolapso está antes da carúncula himenal.
- Grau 2: ponto de maior prolapso está na carúncula himenal.
- Grau 3: ponto de maior prolapso ultrapassa a carúncula himenal.
- Grau 4: máximo descenso de prolapso.

A classificação de Baden Walker é de fácil utilização clínica, no entanto possui algumas deficiências que dificultam seu uso principalmente no meio acadêmico, sendo a grande variação de classificação interobservador a maior delas <sup>26</sup>.

Levando-se em consideração a preocupação das sociedades de uroginecologia em padronizar a classificação das distopias genitais, a ICS e a IUGA criaram um método capaz de quantificar, bem como de qualificar o prolapso genital, o denominado Pelvic Organ Prolapse Quantification System - POP-Q (Sistema de Quantificação do Prolapso dos Órgãos Pélvicos). Essa nova metodologia tem como objetivo a redução da variabilidade interobservador e facilitar a pesquisa científica - de modo que ocorra uma universalização na avaliação pré e pós-operatória - para que os diversos tratamentos cirúrgicos sejam melhores descritos <sup>1 26</sup>.

Através da quantificação do prolapso pelos pontos de referência citados, ele é dividido em cinco estágios para facilitar a descrição populacional:

- Estágio 0: ausência de prolapso genital: mobilidade de órgãos até 2cm acima do hímen
- Estágio 1: o ponto mais distal do prolapso se localiza até 1cm acima do hímen (-1cm).
- Estágio 2: o ponto mais distal do prolapso se localiza entre 1cm acima e 1cm abaixo do hímen (-1 a +1).
- Estágio 3: o ponto mais distal do prolapso se localiza mais que 1cm além do hímen, porém é menor que a vaginometria menos 2cm.
- Estágio 4: quando existe prolapso total de todo o trato genital. O ponto de maior prolapso encontra-se mais que 1 cm além do hímen e é maior que a vaginometria – 2cm.

O POP-Q representa um avanço em relação às classificações anteriores por ser um sistema capaz de qualificar o compartimento genital acometido (anterior, posterior ou apical), quantificar em centímetros e em estágios cada um destes segmentos, bem como avaliar quantitativamente o corpo perineal, comprimento vaginal total e hiato genital. Dessa forma, apresenta-se como método mais fidedigno, com menor variação avaliador-dependente e, assim, com melhor uso para comparação de POP<sup>26</sup>.



A fixação alta nos ligamentos uterossacros, também conhecida como High McCall, é uma boa opção, principalmente para os prolapso uterino ou de cúpula vaginal estágios 1 e 2. Apresenta taxa de cura igual à fixação no ligamento sacroespinhoso, porém a cistoscopia para comprovar a permeabilidade ureteral é obrigatória, pois apresenta de 1 a 11% de risco de injúria do ureter <sup>27 28</sup>.

Dados avaliando os resultados da realização de histerectomia total vaginal associada a procedimentos de suspensão de cúpula e comparando estes a outras abordagens cirúrgicas ainda são limitados. Justificamos, assim, a necessidade de novos estudos sobre diferentes técnicas utilizadas para correção do prolapso uterino.

O Setor de Cirurgia Ginecológica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), no tratamento cirúrgico do prolapso uterino, recomenda a histerectomia total vaginal (HTV) associada à técnica de correção de POP seguida de colpoptexia utilizando-se os ligamentos cardinais e uterossacros fixados ao fórnice contralateral da vagina. Dessa forma, tendo em vista as diferentes técnicas disponíveis, seus prós e contras, o presente estudo propõe avaliar os resultados obtidos com tal técnica cirúrgica, no serviço em questão, entre os anos de 2014 e 2018, visando demonstrar ser ou não uma nova opção para correção de prolapso de órgãos pélvicos sintomáticos.

## 2. METODOLOGIA

Realizado estudo descritivo, retrospectivo a partir do banco de dados do Setor de Cirurgia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP-USP) Selecionou-se as pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico de HTV associada à técnica de correção de POP seguida de colpexia utilizando-se os ligamentos cardinais e uterossacros fixados ao fórnice contralateral da vagina. Foram incluídas nesse estudo todas as pacientes submetidas ao procedimento descrito acima no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Tais pacientes foram selecionadas para cirurgia após avaliação e diagnóstico clínico de POP pela classificação de Baden Walker ou de POP-Q nos ambulatórios de Uroginecologia (AURG) e de Cirurgia Ginecológica (ACGC) do Setor de Cirurgia Ginecológica do HCRP-USP.

Nas avaliações de prontuários em seguimento pré e pós-operatório foram consideradas as informações fornecidas pelas pacientes em retornos ambulatoriais. Foram coletados os dados do prontuário médico das pacientes para alimentar o banco de dados do estudo, que avaliou: idade, paridade, estado civil, menopausa, índice de massa corpórea, doenças associadas, hábitos, cirurgias prévias, tipo POP identificado na primeira avaliação ambulatorial, incontinência urinária de urgência e/ou de esforço presente prévio e após procedimento cirúrgico, complicação, retorno de prolapso genital, dor crônica, corrimento vaginal, dispareunia, infecção urinária, infecção de ferida operatória e cura (objetiva e subjetiva).

A avaliação de prontuário foi feita por todo o tempo que a paciente manteve seguimento no serviço, de forma a incluir todas as intercorrências relacionadas ao tratamento, mesmo a longo prazo. A primeira avaliação de resposta terapêutica foi realizada após 1 semana de tratamento e a última após 4-6 meses do procedimento. Pelo protocolo do serviço (ANEXO 2), pacientes com boa evolução após esse período recebem alta médica do serviço terciário, com seguimento em Unidade Básica de Saúde de origem.

Foram excluídas do estudo aquelas pacientes que já possuíam cirurgia ginecológica prévia para correção de POP e aquelas que perderam seguimento.

Foram consideradas curadas aquelas pacientes que apresentaram resolução satisfatória de sintomas presentes previamente ao procedimento e que não necessitaram de intervenções adicionais após o procedimento cirúrgico (cura objetiva). Também foram consideradas curadas aquelas que, mesmo que tenham apresentado retorno de prolapso ao exame físico, mantinham-

se assintomáticas em relação às queixas prévias ao procedimento realizado (cura subjetiva). Foram consideradas falha de tratamento as pacientes que apresentaram retorno de queixas de POP, tendo sido este constatado ao exame físico, após o procedimento cirúrgico.

A análise estatística foi realizada inicialmente a partir de uma análise exploratória de dados das variáveis quantitativas através de medidas de posição central e de dispersão. As variáveis qualitativas foram resumidas considerando as frequências absolutas e relativas.

Para comparar as variáveis quantitativas em relação aos desfechos de cura subjetiva e cura objetiva, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras independentes.

Foram montadas tabelas de contingência para verificar a relação entre as variáveis qualitativas com os desfechos de cura objetiva e cura subjetiva. O teste estatístico de qui-quadrado foi aplicado para verificar se existe uma associação estatística entre as variáveis exploratórias com os desfechos cura objetiva e cura subjetiva.

As análises estatísticas foram implementadas no programa SAS versão 9.4.

Este estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição através da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado em todos os trâmites no dia 08/06/2020 sob o número CAAE: 32606620.9.0000.5440 (ANEXO 1).

### 3. RESULTADOS

A partir do banco de dados do Setor de Cirurgia Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP-USP) observou-se que 558 pacientes foram submetidas ao procedimento de histerectomia. Destas, 365 pacientes foram submetidas a HTV, sendo que em 319 associou-se à técnica a correção de POP seguida de colpopenia utilizando-se os ligamentos cardinais e uterossacos fixados ao fórnice contralateral da vagina no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018.

De todos os 319 prontuários incluídos no estudo, 22 foram excluídos por já possuírem cirurgia vaginal prévia e 13 por terem perdido seguimento no pós-operatório imediato. (FIGURA 1)

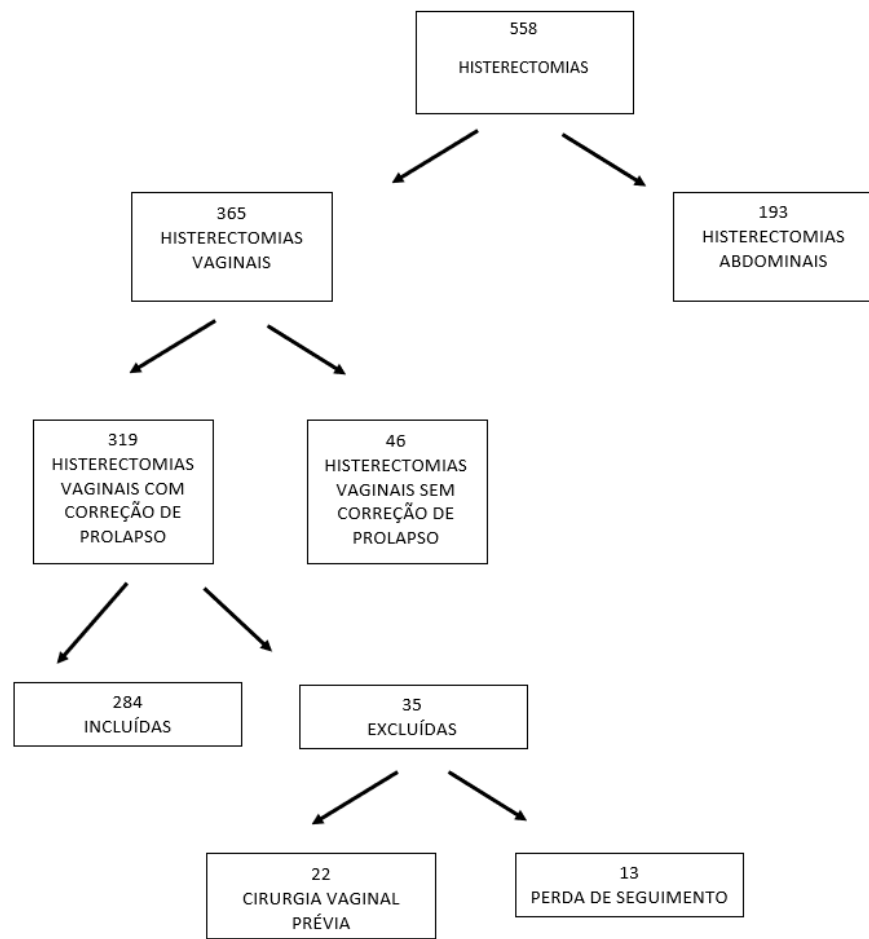


FIGURA 1: Distribuição dos procedimentos realizados no período estudado.

De todas as 284 pacientes incluídas no estudo, apenas 6 residem fora do estado de São Paulo, 78,1% possuem cônjuge, 68,3% mantêm vida sexual ativa, 87,3 % se declaram brancas e 60,5 % desenvolvem algum tipo de trabalho remunerado (TABELA 1). Em relação à análise de variáveis quantitativas (TABELA 2), a idade média das pacientes incluídas foi de 65,2 anos. A mediana de partos normais foi de 3 partos e a média do índice de massa corporal (IMC) foi de 28,4 Kg/m<sup>2</sup>. A média de seguimento foi de 6,8 meses após o procedimento cirúrgico.

TABELA 1: Dados demográficos da amostra

	<b>SIM N (%)</b>
<b>VIVE EM SÃO PAULO</b>	278 (97,8)
<b>CÔNJUGE</b>	221 (78,1)
<b>ATIVIDADE SEXUAL</b>	194 (68,3)
<b>RAÇA</b>	248 (87,3)
<b>ATIVIDADE REMUNERADA</b>	172 (60,5)

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 2: Avaliação das variáveis quantitativas

	<b>MÉDIA (DV)</b>	<b>MEDIANA (IQ)</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MÍNIMO</b>
<b>IDADE</b>	65,2(10.5)	-	91	35
<b>PARTO NORMAL</b>	-	3 (3)	14	0
<b>PARTO CESÁREA</b>	-	0 (0)	4	0
<b>IMC</b>	28,4 (5.4)	-	60	17
<b>ÚLTIMA AVALIAÇÃO (MESES)</b>	6,8 (4.3)	-	27	4

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação às doenças associadas mais descritas, encontramos: hipertensão arterial sistêmica (HAS) 68,3%, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 33,1%, cardiopatias 16,2%, hipotireoidismo 10,3% e asma 5,6%. 14,4% referiram hábito de tabagismo, apenas 1 paciente referiu uso de álcool diariamente e consumo de drogas ilícitas. (TABELA 3).

TABELA 3: Doenças associadas mais presentes na amostra

	<b>SIM N (%)</b>
<b>HAS</b>	194 (68,3)
<b>DM2</b>	94 (33,1)
<b>CARDIOPATIAS</b>	46 (16,2)
<b>HIPOTIREOIDISMO</b>	30 (10,5)
<b>ASMA</b>	16 (5,6)
<b>TABAGISMO</b>	41 (14,4)
<b>ETILISMO</b>	1 (0,3)
<b>DROGADIÇÃO</b>	1 (0,3)

Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação do POP foi feito por meio de exame físico com graduação de prolapso seguindo o Sistema de Baden Walker e o Sistema de POP-Q. De todas as pacientes incluídas, 240 (84,5%) foram avaliadas de acordo com Sistema de Baden Walker, enquanto 44 (15,5%) seguiram o sistema de POP-Q. (TABELA 4)

TABELA 4: Distribuição dos graus de POP de acordo com cada classificação.

	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>TOTAL</b>
<b>BADEN-WALKER</b>	2	85	103	50	240
<b>POP-Q</b>	1	7	18	18	44

Fonte: Dados da pesquisa

Das pacientes avaliadas pelo sistema de Baden-Walker, 63,7% possuíam defeito apical grau III ou IV. Já naquelas avaliadas pelo POP-Q, 81,8% possuíam o mesmo tipo de defeito.

Com relação a queixas de incontinência urinária (IU) prévias ao procedimento cirúrgico, 23,6% das pacientes referiam incontinência urinária de esforço (IUE), enquanto 27,8% das pacientes referiam incontinência urinária de urgência (IIU). Após a realização da cirurgia proposta para correção do POP, apenas 10,2% das pacientes mantiveram a queixa de IUE, enquanto 13% mantiveram a queixa de IIU. Nos dados avaliados, não houve surgimento de IU após o procedimento cirúrgico em pacientes que previamente não apresentavam tal queixa. (TABELA 5)

TABELA5: Avaliação de IU prévia e a após procedimento cirúrgico.

	<b>SIM N (%)</b>	<b>NÃO N (%)</b>
<b>IUE PRÉ PROCEDIMENTO</b>	67 (23,6)	216 (76,4)
<b>IUE PÓS PROCEDIMENTO</b>	29 (10,2)	255 (89,8)
<b>IUU PRÉ PROCEDIMENTO</b>	79 (27,8)	205 (72,2)
<b>IUU PÓS PROCEDIMENTO</b>	37 (13,0)	247 (87)

Fonte: Dados da pesquisa

Na avaliação das principais complicações associadas ao procedimento cirúrgico, observou-se infecção do trato urinário (ITU) de repetição em 2,5% das pacientes. 2,1% se queixaram de corrimento vaginal abundante, 1,4% evoluíram com infecção de ferida operatória, 1,1% com retenção urinária, 0,7% com dispareunia e apenas 1 paciente referiu início de dor pélvica crônica após o procedimento (TABELA 6). Na análise sobre intercorrências no intraoperatório, houve apenas 1 lesão de reto e 1 lesão vesical.

TABELA 6: Principais complicações associadas ao procedimento cirúrgico

	<b>SIM N (%)</b>
<b>ITU</b>	7 (2,5)
<b>CORRIMENTO VAGINAL</b>	6 (2,1)
<b>INFECCÃO DE FERIDA</b>	4 (1,4)
<b>RETENÇÃO URINÁRIA</b>	3 (1,1)
<b>DISPAREUNIA</b>	2 (0,7)
<b>DOR PÉLVICA CRÔNICA</b>	1 (0,3)
<b>LESÃO DE RETO</b>	1 (0,3)
<b>LESÃO DE BEXIGA</b>	1 (0,3)

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se considerar a cura objetiva, a taxa de sucesso foi de 89,4%. Entretanto, encontramos uma taxa de cura subjetiva de 91,9%, uma vez que 7 das 30 pacientes em que foi constatado o retorno do prolapso após o procedimento cirúrgico encontravam-se completamente assintomáticas do ponto de vista do prolapso vaginal (TABELA 7). De todas as pacientes que apresentaram recidiva, cinco delas foram diagnosticadas inicialmente com

prolapso grau III e quatro com prolapso grau IV, de acordo com POP-Q. As demais 21 pacientes foram classificadas de acordo com o sistema de Baden-Walker, sendo que 11 apresentavam inicialmente prolapso grau III, oito apresentavam prolapso grau IV e apenas duas foram classificadas com prolapso grau II. TABELA 8).

TABELA 7: Taxas de cura na amostra estudada

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>CURA OBJETIVA</b>	254 (89,4)	30 (10,6)
<b>CURA SUBJETIVA</b>	261 (91,9)	23 (8,1)

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 8: Classificação inicial do POP das pacientes que apresentaram recidiva

	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>TOTAL</b>
<b>POP Q</b>	0	0	5	4	9
<b>BADEN-WALKER</b>	0	2	11	8	21

Fonte: Dados da pesquisa

Ao se avaliar a relação entre as variáveis quantitativas e os desfechos, observa-se que não houve significância estatística. (TABELA 9).

TABELA 9: Associação entre variáveis quantitativas e cura subjetiva e objetiva

	<b>Cura Subjetiva</b>	<b>Cura Objetiva</b>
	<b>P-valor</b>	<b>P-valor</b>
IDADE	0.7116	0.6385
PARTO NORMAL	0.5968	0.7778
PARTO CESÁREA	0.3115	0.4680
IMC	0.3937	0.2672

Fonte: Dados da pesquisa

A relação estatística entre as variáveis qualitativas tanto com a cura objetiva quanto com a cura subjetiva demonstrou que houve significância estatística apenas em relação ao tabagismo, tosse crônica e dor crônica. (TABELAS 10 E 11).

TABELA 10: Associação entre variáveis qualitativas e cura objetiva.

**CURA OBJETIVA**



	NÃO	SIM	P-valor
<b>Parceiros</b>			
NÃO	7 (23.3)	55 (21.7)	0.8418
SIM	23 (76.7)	199 (78.3)	
<b>Raça</b>			
Branca	25 (83.3)	223 (87.8)	0.314
Não branca	5 (16.7)	31 (12.2)	
<b>Remunerado</b>			
NÃO	15 (50)	97 (38,2)	0.2106
SIM	15 (50)	157 (61.8)	
<b>Menacme</b>			
NÃO	27 (90)	225 (88.5)	0.8164
SIM	23 (10)	29 (11.5)	
<b>MAC</b>			
NÃO	28 (93.3)	241 (94.9)	0.7199
SIM	2 (6.7)	13 (5.1)	
<b>Menopausa</b>			
NÃO	4 (13.3)	29 (11.4)	0.7568
SIM	26 (86.7)	225 (88.6)	
<b>TH</b>			
NÃO	30 (100)	251 (98.2)	0.5496
SIM	0	3(1.8)	
<b>Cirurgia</b>			
<b>Prévia</b>			
NÃO	20 (66.7)	136 (53.5)	0.1719
SIM	10 (33.3)	118 (46.5)	
<b>Atividade Sexual</b>			
NÃO	10 (33.3)	80 (31.5)	0.8379
SIM	20 (66.7)	174 (68.5)	
<b>HAS</b>			
NÃO	6 (20)	84 (33.1)	0.1456
SIM	24 (80)	170 (66.9)	
<b>DM</b>			
NÃO	19 (63.3)	171 (67.3)	0.6606
SIM	11 (36.7)	83 (32.7)	
<b>Hipotireoidismo</b>			

NÃO	27 (90)	227 (89.3)	0.9155
SIM	3 (10)	27 (10.7)	
<b>Asma</b>			
NÃO	26 (86.7)	242 (95.3)	0.0531
SIM	4(13.3)	12 (4.7)	
<b>Tabagismo</b>			
NÃO	22 (73.3)	221 (87)	0.0439
SIM	8 (26.7)	33 (13)	
<b>Tosse Crônica</b>			
NÃO	23 (76.7)	232 (91.3)	0.0121
SIM	7 (23.3)	22 (8.4)	
<b>Cardiopatia</b>			
NÃO	23 (76.7)	215 (84.6)	0.2619
SIM	7 (23.3)	39 (15.4)	
<b>Etilismo</b>			
NÃO	30 (100)	253 (99.6)	0.7306
SIM	0	1 (0.4)	
<b>Drogadição</b>			
NÃO	30 (100)	253 (99.6)	0.7306
SIM	0	1 (0.4)	
<b>IUE Prévia</b>			
NÃO	25 (83.3)	192 (75.5)	0.3396
SIM	5 (16.4)	62 (24.5)	
<b>IUU Prévia</b>			
NÃO	23 (76.7)	184 (72.4)	0.8242
SIM	7 (23.3)	69 (27.6)	
<b>Infecção de Ferida</b>			
<b>Operatória</b>			
NÃO	30 (100)	250 (98.4)	0.4888
SIM	0	4 (1.6)	
<b>IUE Pós</b>			
NÃO	27 (90)	228 (89.7)	0.9678
SIM	3 (10)	26 (10.3)	
<b>IUU Pós</b>			
NÃO	25 (83.3)	222 (87.4)	0.5313
SIM	5 (16.7)	32 (12.6)	

<b>Corrimento</b>			
NÃO	29 (96.7)	249 (28)	0.6230
SIM	1 (3.3)	5 (2)	
<b>Retenção Urinaria</b>			
NÃO	29 (96.7)	252 (99.2)	0.1971
SIM	1 (3.33)	2 (0.8)	
<b>Dor crônica</b>			
NÃO	29 (96.7)	254 (100)	0.0036
SIM	1 (3.3)	0	
<b>ITU</b>			
NÃO	29 (96.7)	248 (97.6)	0.7456
SIM	1 (3.3)	6 (2.4)	

Fonte: Dados da pesquisa

TABELA 11: Associação entre variáveis qualitativas e cura subjetiva.

	<b>CURA SUBJETIVA</b>		<b>P-valor</b>
	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
<b>Parceiros</b>			
NÃO	5 (21.7)	57 (21.9)	0.9837
SIM	18 (78.2)	204 (78.1)	
<b>Raça</b>			
Branca	18 (78,2)	230 (88.1)	0.1233
Não branca	5 (25)	31 (11.9)	
<b>Remunerado</b>			
NÃO	11 (47.8)	101 (38.7)	0.3905
SIM	12 (52.17)	160 (61.3)	
<b>Menacme</b>			
NÃO	21 (91.3)	231 (88.5)	0.6841
SIM	2 (8.7)	30 (11.5)	
<b>MAC</b>			
NÃO	22 (95.6)	247 (94.6)	0.8345
SIM	1 (4.4)	14 (5.4)	
<b>Menopausa</b>			
NÃO	3 (13)	30 (11.5)	0.8241
SIM	20 (87)	231 (88.5)	
<b>TH</b>			

NÃO	23 (100)	258 (98.8)	0.6052
SIM		0 3 (1,2)	
<b>Cirurgia</b>			
<b>Prévia</b>			
NÃO	17 (73.9)	139 (53.2)	0.0563
SIM	6 (26.1)	122 (46.8)	
<b>Atividade</b>			
<b>Sexual</b>			
NÃO	7 (30.4)	83 (31.8)	0.8926
SIM	16 (69.6)	178 (68.2)	
<b>HAS</b>			
NÃO	5 (21.7)	85 (32.5)	0.2846
SIM	18 (78.3)	176 (67.5)	
<b>DM</b>			
NÃO	14 (60.8)	176 (67.4)	0.5214
SIM	9 (39.2)	85 (32.6)	
<b>Hipotireoidismo</b>			
NÃO	21 (91.3)	233 (89.3)	0.7611
SIM	2 (8,7)	28 (10.7)	
<b>Asma</b>			
NÃO	20 (86.9)	248 (95)	0.1079
SIM	3 (13.1)	13 (5)	
<b>Tabagismo</b>			
NÃO	14 (60.9)	229 (87.7)	0.0004
SIM	9 (39.1)	32 (12.3)	
<b>Tosse Crônica</b>			
NÃO	17 (73.9)	238 (91.2)	0.0087
SIM	6 (26.1)	23 (8.8)	
<b>Cardiopatía</b>			
NÃO	18 (78.3)	220 (84.3)	0.4517
SIM	5 (21.7)	41 (15.7)	
<b>Etilismo</b>			
NÃO	23 (100)	260 (99.6)	0.7662
SIM		0 1 (0.4)	
<b>Drogadição</b>			
NÃO	23 (100)	260 (99.6)	0.7662

	SIM	0	1 (0.4)	
<b>IUE Prévia</b>				
	NÃO	18 (78.3)	198 (76,1)	0.8198
	SIM	5 (21.7)	62 (23.9)	
<b>IUU Prévia</b>				
	NÃO	18 (78.3)	187 (71.7)	0.7863
	SIM	5 (21.7)	74 (28.3)	
<b>Infecção de Ferida Operatória</b>				
	NÃO	23 (100)	257 (98.5)	0.5499
	SIM		0 4 (1.5)	
<b>IUE Pós</b>				
	NÃO	21 (91.3)	234 (89.6)	0.8023
	SIM	2 (8.7)	27 (10.3)	
<b>IUU Pós</b>				
	NÃO	20 (86.9)	227 (86.9)	0.9982
	SIM	3 (13.1)	34 (13.1)	
<b>Corrimento</b>				
	NÃO	22 (95.6)	256 (98.1)	0.4368
	SIM	1 (4.4)	5 (1.9)	
<b>Retenção Urinaria</b>				
	NÃO	22 (95.6)	259 (99.2)	0.1073
	SIM	1 (4.4)	2 (0.8)	
<b>Dor crônica</b>				
	NÃO	22 (95.6)	261 (100)	0.0007
	SIM	1 (4.4)	0	
<b>ITU</b>				
	NÃO	22 (95.6)	255 (97.7)	0.5435
	SIM	1 (4.4)	6 (2.3)	

Fonte: Dados da pesquisa

O tempo cirúrgico médio observado foi de 103 minutos, em comparação aos 154 minutos observados nas histerectomias abdominais realizadas no mesmo período estudado. Não

houve descrição de necessidade de nenhuma transfusão sanguínea intra ou pós-operatória no grupo em que foi realizada a abordagem abdominal.

#### 4. DISCUSSÃO:

O presente estudo foi realizado para se avaliar a validação de técnica de correção de POP, baseada no procedimento já utilizado como protocolo no HCRP-USP.

A população estudada é homogênea, menopausada, com idade média de 65,2 anos, com predomínio de partos normais e, em relação ao IMC, apresentam, ao menos, sobrepeso. Temos assim, uma amostra compatível com a descrição dos fatores de risco para POP demonstrados na literatura<sup>29</sup>.

Em um estudo de 2004, a abordagem de POP via vaginal com correção de todos os defeitos encontrados em um mesmo tempo cirúrgico, seja este de compartimento anterior, apical, posterior ou uma combinação destes, foi demonstrada como método de escolha para POP grau II-IV, quando comparada à abordagem abdominal; e aceitável quando comparado à colpopexia sacral<sup>30</sup>. É ainda uma técnica de correção sítio-específica, indo de encontro ao que atualmente se demonstra com menor chance de complicações e com maior procura e aceitação por parte das pacientes<sup>24 25</sup>. Tal dado ratifica a técnica proposta nesse estudo, que busca resolução de todas as queixas relacionadas ao POP em um mesmo tempo cirúrgico, com correção sítio-específica e sem a necessidade de abordagem abdominal.

Em contrapartida, uma revisão sistemática realizada por Maher e publicada pela Cochrane Library em 2016, reuniu 30 estudos de 8 países com um total de 3414 pacientes. Dentre as propostas de correção estudadas, comparou as técnicas cirúrgicas de sacrocolpopexia abdominal com uso de tela sintética (SCA) e de fixação ao ligamento sacroespinhoso via vaginal (FSV). Tal estudo concluiu que a colpopexia sacral é o procedimento de escolha para prolapso apicais pós realização de histerectomia em pacientes elegíveis para tal procedimento. Essa técnica está associada a maior cura objetiva, menores riscos de percepção de prolapso pela paciente ao exame físico, de realização de nova cirurgia para correção, de incontinência urinária e de dispareunia quando comparada às técnicas de correção vaginal. Nesse mesmo estudo demonstra-se, entretanto, que a cirurgia vaginal apresentou menor tempo cirúrgico, menor custo ao serviço, menor tempo para retorno às atividades diárias e menos complicações, quando comparada à cirurgia abdominal<sup>31</sup>.

O estudo de Maher demonstra, ainda, preocupação em relação à abordagem do prolapso uterino, visto que há uma relutância entre os autores em realizar a colpopexia sacral no mesmo momento cirúrgico que a histerectomia. Tal dúvida justifica-se pelo aumento de tempo

cirúrgico e de chance de exposição de tela sintética necessária para realização deste procedimento<sup>31</sup>.

Além disso, Maher traz neste texto que nem todas as pacientes são elegíveis para a cirurgia padrão ouro, além de que ainda existem poucos dados para fornecer estimativas suficientemente precisas para identificar ou descartar diferenças clinicamente importantes entre as muitas técnicas descritas para correção cirúrgica<sup>31</sup>.

Com relação à preservação do útero, várias técnicas cirúrgicas podem ser realizadas, como a fixação no ligamento uterossacro ou no ligamento sacroespinhoso pela via vaginal ou a histeropexia sacral pela via abdominal. Observa-se, na literatura, uma superioridade de taxa de sucesso da histeropexia em ligamento sacroespinhoso quando comparada à histerectomia com suspensão da cúpula vaginal no ligamento útero-sacro<sup>32</sup>. Um estudo comparou a preservação uterina pela técnica de fixação sacral por via abdominal com a realização de histerectomia vaginal e fixação no ligamento uterossacro, observando que, após um ano e, no seguimento após oito anos, houve taxa de recidiva maior no grupo com preservação do útero e fixação sacral por via abdominal<sup>30</sup>.

Seguindo ainda a proposta de preservação uterina pela via vaginal, um estudo comparou a histeropexia no ligamento sacroespinhoso com a histerectomia vaginal e observou ter mais efeitos adversos no grupo da histeropexia, principalmente com relação à dor em região glútea e lesão de reto<sup>33</sup>. Vemos, assim, literatura de corrobora com a técnica de histerectomia via vaginal no mesmo tempo cirúrgico para correção de POPs, além de reforçar benefícios encontrados no nosso estudo como baixas taxas de lesão de reto no intraoperatório e de dor crônica no pós-operatório.

De acordo com a De Lancey, na Teoria Integral de Petrus e Ulmsten, a elasticidade e a posição da vagina, bem como ligamentos, fâscias e músculos pélvicos são os principais responsáveis pela estabilidade os órgãos pélvicos e pelo mecanismo de continência urinária. Juntos, geram uma força anterior que mantém a uretra fechada durante o repouso, como uma espécie de base de apoio para a uretra - Efeito Hammock. A partir da perda de estabilidade da musculatura e dos ligamentos pélvicos, aumentamos a prevalência de POP e, também, de IU<sup>34</sup>

<sup>35</sup> .



Apesar de termos encontrado melhora das queixas de IUE e IUU após a realização do procedimento para correção de POP, não defendemos esta como uma técnica para correção de incontinência de urinária. O resultado justifica-se pelo reestabelecimento da estabilidade dos órgãos pélvicos após a correção dos prolapsos. Uma meta-análise de 2021, que incluiu 1549 mulheres que realizaram estudo urodinâmico após cirurgia para correção de POP, demonstrou melhora dos parâmetros de esvaziamento vesical e redução de hiperatividade detrusora. Os autores descrevem duas possíveis justificativas para os achados: a primeira é o endireitamento da uretra, com redução de sua mobilidade no pós operatório; a segunda está ligada a uma possível hipoatividade detrusora decorrente de efeitos pós operatórios de longo prazo, como comprometimento de nervos do assoalho pélvico<sup>36</sup>.

Mesmo assim, a literatura alerta para a importância da avaliação prévia de pacientes com sintomas pré-operatórios significativos, história de doença neurológica, disfunção do assoalho pélvico, obstrução do colo da bexiga ou superiores estágios de prolapso de parede anterior. Tais candidatas à cirurgia devem ser aconselhadas, pois possuem maior risco de disfunção miccional pós-operatória e podem evoluir com dificuldade de esvaziamento vesical e perdas insensíveis, visto risco de IU de novo e obstrução infravesical pós-operatória<sup>37</sup>.

Justifica-se assim, a necessidade de novas técnicas, uma vez que não há descrição daquela que seja a melhor maneira para abordagem de todos os POPs, havendo dúvidas sobre a realização de histerectomia e de colpopexia no mesmo tempo cirúrgico. Rahkola-Soisalo, P. e colaboradores firma benefícios da histerectomia via vaginal em mesmo tempo cirúrgico devido menor tempo de recuperação, menor perda sanguínea, ganhos em qualidade de vida sexual como menor índice de dispareunia e, até mesmo, em diminuição do receio das pacientes de retorno de POP<sup>38</sup> com a ausência do útero.

A técnica proposta no nosso serviço traz, ainda, menor tempo cirúrgico e menor perda sanguínea quando comparada à colpopexia abdominal, fato ainda em discussão na literatura<sup>22</sup>,<sup>30</sup>. Além disso, quando comparada à técnica de High McCall, também se mostra vantajosa uma vez que permite correção de prolapsos de maior monta e não traz riscos maiores de lesão de ureter, dispensando a necessidade de procedimentos extras, como a cistoscopia, em mesmo tempo cirúrgico<sup>27 28</sup>.

A partir dos dados apresentados acima, a técnica proposta tem taxa de sucesso semelhante à descrita na literatura, com 89,4% de cura objetiva e 91,9% de cura subjetiva. É segura para pacientes com comorbidades e traz baixos índices de complicação e de morbidade, com descrição de um evento de lesão de reto e um de bexiga. Não houve relato de sequelas, internações prolongadas ou de óbitos decorrentes do procedimento.

A taxa de falha de tratamento por recidiva de prolapso esteve dentro do esperado e possui características concordantes com a literatura em relação aos fatores de risco para recorrência: idade média acima de 60 anos, POP grau III e IV e ser um serviço de formação médica, com cirurgiões menos experientes<sup>39 40</sup>.

Uma vez que o HCRP-USP é considerado um serviço de saúde terciário, sendo referência para pacientes de alto risco cirúrgico, a análise dos dados colabora com a afirmação de ser um procedimento com boa segurança e baixo índice de complicações e de falhas.

Mesmo que conhecidos, nossa análise univariada de dados não demonstrou relação estatística entre os principais fatores de risco e os desfechos encontrados.

Dentre os fatores limitantes para o estudo, é necessário ressaltar a dificuldade de se realizar estudo retrospectivo baseado na coleta de dados de qualidade em prontuário eletrônico manejado por múltiplos profissionais. A falta de uniformidade no atendimento e na realização do exame físico pode gerar diferentes diagnósticos, uma vez que nem todas as pacientes tiveram sua avaliação feita pelo mesmo sistema de classificação de POP, o que leva a perda de homogeneidade da amostra. Uma opção para melhor avaliação seria a aplicação de questionário de qualidade de vida validado antes e após o procedimento cirúrgico, além de se protocolar o POP-Q para diagnóstico de todas as pacientes avaliadas no serviço.

O tempo de seguimento total também pode ser considerado curto para consideração de sucesso da técnica. Vale ressaltar que, apesar da data da alta médica utilizada na computação dos dados, todo prontuário foi analisado até a data de coleta, tendo-se considerado falha terapêutica aquelas que foram reencaminhadas ao serviço após alta hospitalar devido queixa de retorno de POP. Dentre as opções para melhora da assistência, além das supracitadas, é a

realização de um novo contato com as pacientes incluídas no estudo para reavaliação tardia de queixas e de exame físico.

Outro limitante de análise foi a exclusão de pacientes por perda de acompanhamento no pós-operatório imediato. O percentual de perda, entretanto, foi compatível ao que se espera para um centro médico terciário que acompanha pacientes oriundas de diferentes cidades do estado de São Paulo que, muitas vezes, possuem dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

## **5. CONCLUSÃO:**

As taxas de cura objetiva e subjetiva das cirurgias de correção prolapso apical sob técnica padronizada realizadas no serviço de Cirurgia Ginecológica no HCRP-USP estão dentro do esperado na literatura. O procedimento é considerado seguro, com baixas taxas de complicação e sem descrição de eventos adversos graves. A análise univariada não demonstrou relação estatística entre fatores de risco e desfecho desfavorável. Ainda são necessários mais estudos para avaliação de procedimentos de histerectomia e colpopexia realizados simultaneamente.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Bump, R. C. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **175**, 10–17 (1996).
2. Haylen, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int. Urogynecol. J.* **21**, 5–26 (2010).
3. Digesu, G. A., Khullar, V., Cardozo, L., Robinson, D. & Salvatore, S. P-QOL: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int. Urogynecol. J.* **16**, 176–181 (2005).
4. Luber, K. M., Boero, S. & Choe, J. Y. The demographics of pelvic floor disorders: Current observations and future projections. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **184**, 1496–1503 (2001).
5. Wu, J. M., Matthews, C. A., Conover, M. M., Pate, V. & Jonsson Funk, M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet. Gynecol.* **123**, 1201–1206 (2014).
6. Dällenbach, P. To mesh or not to mesh: A review of pelvic organ reconstructive surgery. *Int. J. Womens. Health* **7**, 331–343 (2015).
7. Elterman, D. & Chughtai, B. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *Urology* **82**, 757–758 (2013).
8. Barber, M. D. *et al.* Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: The OPTIMAL randomized trial. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.* **311**, 1023–1034 (2014).
9. Larson, K. A. *et al.* Long-term patient satisfaction with michigan four-wall sacrospinous ligament suspension for prolapse. *Obstet. Gynecol.* **122**, 967–975 (2013).
10. Whiteside, J. L., Weber, A. M., Meyn, L. A. & Walters, M. D. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **191**, 1533–1538 (2004).
11. Nieminen, K., Huhtala, H. & Heinonen, P. K. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **82**, 471–478 (2003).

12. Diez-Itza, I., Aizpitarte, I. & Becerro, A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: A review at 5 years after surgery. *Int. Urogynecol. J.* **18**, 1317–1324 (2007).
13. Alperin, M. & Moalli, P. A. Remodeling of vaginal connective tissue in patients with prolapse. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* **18**, 544–550 (2006).
14. Ferrell, G. *et al.* A single nucleotide polymorphism in the promoter of the loxl1 gene and its relationship to pelvic organ prolapse and preterm premature rupture of membranes. *Reprod. Sci.* **16**, 438–446 (2009).
15. Weintraub, A. Y., Gliner, H. & Marcus-Braun, N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int. Braz J Urol* **46**, 5–14 (2020).
16. Allen-Brady, K. *et al.* Identification of six loci associated with pelvic organ prolapse using genome-wide association analysis. *Obstet. Gynecol.* **118**, 1345–1353 (2011).
17. Jeon, M. J. Surgical decision making for symptomatic pelvic organ prolapse: Evidence-based approach. *Obstet. Gynecol. Sci.* **62**, 307–312 (2019).
18. Matanes, E. *et al.* Robotic laparoendoscopic single-site compared with robotic multi-port sacrocolpopexy for apical compartment prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **222**, 358.e1-358.e11 (2020).
19. Lawrie, T. A. *et al.* Robot-assisted surgery in gynaecology. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2019 (2019).
20. Altman, D., Väyrynen, T., Engh, M. E., Axelsen, S. & Falconer, C. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapse. *Int. Braz J Urol* **37**, 675 (2011).
21. Glazener, C. M. *et al.* Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *Lancet* **389**, 381–392 (2017).
22. Benson, J. T., Lucente, V., McClellan, E. & Cornella, J. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: A prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **175**, 1418–1422 (1996).

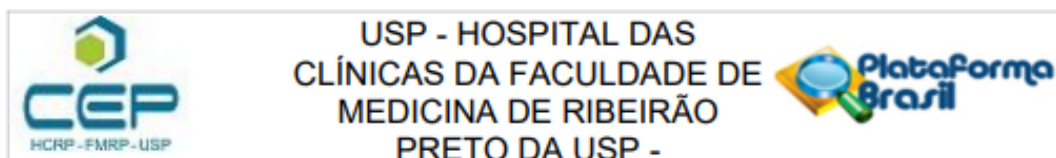
23. Olsen, A. L., Smith, V. J., Bergstrom, J. O., Colling, J. C. & Clark, A. L. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* **89**, 501–506 (1997).
24. Maher, C. Anterior vaginal compartment surgery. *Int. Urogynecol. J.* **24**, 1791–1802 (2013).
25. Palmerola, R. & Rosenblum, N. Prolapse Repair Using Non-synthetic Material: What is the Current Standard? *Curr. Urol. Rep.* **20**, 1–11 (2019).
26. Persu, C., Chapple, C. R., Cauni, V., Gutue, S. & Geavlete, P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J. Med. Life* **4**, 75–81 (2011).
27. Alas, A. N. & Anger, J. T. Management of apical pelvic organ prolapse. *Curr. Urol. Rep.* **16**, 1–7 (2015).
28. Detollenaere, R. J. *et al.* Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: Multicentre randomized non-inferiority trial. *BMJ* **351**, (2015).
29. Wagner, A., Pahernik, S. & Pandey, A. Pelvic organ prolapse. *J. fur Urol. und Urogynakologie* **26**, 87–91 (2019).
30. Roovers, J. P. W. R. *et al.* A randomised controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: Effects on urogenital function. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* **111**, 50–56 (2004).
31. Maher, C. *et al.* Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2016**, (2016).
32. Schulten, S. F. M. *et al.* Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: Observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ* **366**, 1–10 (2019).
33. Ng, S. C., Tsui, K. P., Huang, L. & Chen, G. Den. Effects of uterine preservation on long-term subjective outcomes of sacrospinous ligament fixation for the treatment of pelvic organ prolapse. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* **240**, 167–171 (2019).
34. Petros, P. E. P. & Ulmsten, U. I. AN INTEGRAL THEORY OF FEMALE URINARY

- INCONTINENCE: Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **69**, 7–31 (1990).
35. DeLancey, J. O. L. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **170**, 1713–1723 (1994).
  36. Santos, H. O. D. *et al.* Urodynamic profile of voiding in prolapse pelvic organ patients after surgery: A systematic review. *Eur. Urol.* **79**, S540 (2021).
  37. Chen, A., McIntyre, B. & De, E. J. B. Management of Postoperative Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) After Pelvic Organ Prolapse (POP) Repair. *Current Urology Reports* vol. 19 (2018).
  38. Rahkola-Soisalo, P. *et al.* Hysterectomy Provides Benefit in Health-Related Quality of Life: A 10-Year Follow-up Study. *J. Minim. Invasive Gynecol.* **27**, 868–874 (2020).
  39. Maher, C. F. *et al.* Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* vol. 22 229–235 (2019).
  40. Friedman, T., Eslick, G. D. & Dietz, H. P. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal* vol. 29 13–21 (2018).



## 7. ANEXOS:

### ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética (CEP)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise retrospectiva dos casos de prolapso uterinos corrigidos cirurgicamente por meio de histerectomia total vaginal utilizando-se técnica padronizada.

**Pesquisador:** STELLA VIEIRA SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32606620.9.0000.5440

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.075.476

##### Apresentação do Projeto:

O prolapso vaginal feminino é uma afecção de incidência crescente, com grande prejuízo na qualidade de vida das pacientes. A correção cirúrgica, por diferentes técnicas, é considerada a melhor linha de tratamento a longo prazo.

##### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o sucesso de correção de prolapso uterino com histerectomia vaginal acompanhada da colpopenia com utilização dos ligamentos cardinais e uterossacos utilizada pelo Setor de Cirurgia Ginecológica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia FMRP-USP, com o objetivo de validação de técnica.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** Visto que se trata de estudo retrospectivo de análise de prontuário e sem nenhum contato com a paciente somente com seu prontuário, o risco existente será somente os relacionados a perda do anonimato e dos dados das pacientes. Este risco será minimizado ao mínimo possível visto que os pesquisadores se utilizarão de registro e siglas para identificação das participantes.

**Benefícios:** As pacientes não terão benefício direto, porém a avaliação de mudança de protocolo institucional e melhora na qualidade do serviço prestado pelo setor de uroginecologia pode refletir nas novas pacientes tratadas pelo Setor.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 4.075.476

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Serão revisados os prontuários das pacientes, que inicialmente serão identificadas através do banco de dados do Setor que contém todas as pacientes seguidas no serviço. Serão incluídas nesse estudo todas as pacientes submetidas a histerectomia vaginal total com técnica para correção de prolapso genital acompanhadas no Ambulatório de Uroginecologia – AURG e Ambulatório de Cirurgia Ginecológica - ACGC do Setor de Cirurgia Ginecológica do HCFMRP-USP no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Serão analisadas as pacientes encaminhadas devido a prolapso vaginal com diagnóstico clínico (Classificação de POP-Q ou Classificação de Baden Walker) e submetidas a correção cirúrgica mencionada acima. Serão excluídos os prontuários em que a paciente perdeu seguimento poucos meses após procedimento cirúrgico, não sendo possível avaliar satisfação, eficácia ou falha devido a abandono, assim como pacientes que já foram submetidas a outros tratamentos cirúrgicos para correção de prolapso genital. Nas avaliações de prontuários em seguimento pós-operatório: serão avaliadas informações em retornos ambulatoriais, sendo consideradas curadas aquelas pacientes que apresentarem resolução satisfatória de sintomas presentes previamente ao procedimento e que não necessitem de intervenções adicionais após o procedimento cirúrgico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos devidamente apresentados. Trata-se de um estudo retrospectivo de análise de prontuário. Solicita a dispensa de aplicação do Termo de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que a maioria destas pacientes já não são mais seguidas neste hospital.

**Recomendações:**

não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 4.075.476

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1552981.pdf	28/05/2020 14:37:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MESTRADO.docx	28/05/2020 14:37:19	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	28/05/2020 14:36:54	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTATCLE.pdf	22/05/2020 17:32:36	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECERDGO.pdf	21/05/2020 15:05:39	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito
Orçamento	CARTAUPCASSINADA.pdf	21/05/2020 14:47:56	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	21/05/2020 14:36:49	STELLA VIEIRA SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 08 de Junho de 2020

Assinado por:

**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

**ANEXO 2:** Capítulo 10: Distopia Genital (Protocolo do Setor de Uroginecologia, Cirurgia Ginecológica e Reconstrução Pélvica – HCRP-USP – 2011)

## **Capítulo 10**

### **Distopia Genital**

*Alessandro Henrique Antunes Lopes*

*Pedro Sérgio Magnani*

*Luiz Gustavo Oliveira Brito*

## Epidemiologia

Existe uma grande dificuldade em definir prolapso dos órgãos pélvicos e, conseqüentemente, se estabelecer sua etiologia. O *American College of Obstetrics and Gynecology* definiu prolapso genital como a protrusão dos órgãos pélvicos para o canal vaginal ou para o exterior da vagina. Essa é uma definição ampla que permite classificar como prolapso pequenos descensos como a mobilidade fisiológica vista na manobra de valsalva até prolapso com a saída total do órgão pelo intróito vaginal. Embora os estudos sobre a incidência de prolapso sejam deficientes, parece que 2% a 3% das mulheres apresentam prolapso sintomático dos órgãos pélvicos.

A incidência dos prolapso genitais aumenta com a idade, atingindo seu ápice nas mulheres com mais de sessenta anos. Sendo mais freqüente nas múltiparas. Pesquisas mostram que o número de partos normais, macrosomia e o hipoestrogenismo também estão relacionados à maior incidência de distopia. Quanto à raça, alguns estudos mostram menor incidência nas mulheres negras.

## Etiologia

As vísceras pélvicas são mantidas em sua posição adequada na pelve por um complexo músculo-fascial dividido em sistema de suspensão e sustentação. O primeiro é formado pelos ligamentos úterosacros, cardinais, fásia pubocervical, septo retovaginal e paracolpos que são espessamentos da fásia endopélvica. São constituídos de colágeno, elastina e tecido fibromuscular, sendo os principais responsáveis pelo posicionamento das vísceras acima do assoalho pélvico. O sistema de sustentação é formado pelo diafragma pélvico (músculo levantador do ânus e coccígeo com suas respectivas fásias) e pelo diafragma urogenital (músculo transverso profundo do períneo e suas fásias).

Vários fatores podem causar danos nesses sistemas e levar ao aparecimento de prolapso genitais como: genéticos, estilo de vida, doenças crônicas que aumentam a pressão abdominal (constipação intestinal crônica, doença pulmonar crônica, obesidade), paridade, número de partos vaginais, cirurgia prévia (histerectomia), idade avançada e defeitos congênitos.

Sabe-se que a etiologia do prolapso genital é multifatorial e bastante complexa. Porém, o parto vaginal parece ser o fator de contribuição mais significativo na sua gênese, sendo mais acentuado nos partos instrumentalizados (fórceps). O aumento crônico da pressão abdominal (como o que ocorre em pacientes com pneumopatias, que apresentam tosse constante, ou com constipação intestinal crônica) leva ao estiramento contínuo das fásias, ligamentos e fibras musculares, causando ou incrementando os prolapso genitais.

Uma vez que o colágeno é parte fundamental dos sistemas de suspensão dos órgãos pélvicos, doenças do colágeno, de origem genética ou adquirida, também podem ser responsáveis por prolapso. Da mesma maneira, patologias neurológicas como meningomielocele, esclerose múltipla, *miastenia gravis* e outras podem causar alterações do assoalho pélvico por comprometimento dos músculos que compõem o diafragma pélvico.

A vida sedentária é outra causa de frouxidão dos complexos músculo-fasciais do períneo assim como lesões neurológicas locais resultante de cirurgias da pelve que envolvem extensas dissecações.

## Diagnóstico

A sensação de peso e percepção de abaulamento na vulva ou vagina são as principais queixas da paciente com distopia genital, seguida por relatos de esvaziamento vesical incompleto, infecção urinária de repetição e dificuldade de evacuação.

O exame físico revelará o abaulamento da parede vaginal de acordo com o defeito pélvico existente.

**Compartmento anterior:** pode apresentar três tipos de defeitos de sustentação e manifestam-se com o prolapso da parede anterior da vagina, anteriormente conhecida como cistocele. São eles:

- Defeito mediano ou medial da fásia pubocervical: ocorre a ruptura longitudinal da fásia e a bexiga protrui para o canal vaginal. No exame físico, observa-se prolapso do terço médio da parede anterior da vagina que não diminui quando se eleva os fórnices laterais e a mucosa vaginal apresenta-se sem as rugas habituais, tornando-se lisa.
- Defeito lateral ou paravaginal: quando há o desgarramento da fásia do arco tendíneo uni ou bilateralmente, levando ao desabamento da parede vaginal anterior que sustenta a bexiga. Também compromete o terço médio da vagina, porém, o prolapso é corrigido com a manobra de elevação do fórnice lateral durante a manobra de valsalva e, quando unilateral, apresenta-se assimétrica. As rugosidades vaginais estão mantidas.
- Defeito transverso: rompimento transversal da fásia na sua inserção no anel pericervical, apresentando-se como abaulamento do terço posterior da parede anterior vaginal.

**Compartmento posterior:** conhecido como retocele, pode ser causado por dois tipos de defeitos do assoalho pélvico:

- Defeito médio: devido à rotura longitudinal da fásia retovaginal provocando o prolapso da parede retal para o interior da cavidade vaginal.
- Defeito transverso: causado pelo desgarramento da fásia reto vaginal do anel pericervical, manifestando-se como abaulamento da parede vaginal posterior como no defeito médio, porém atingindo porções mais proximais da vagina, antes conhecida como retocele alta.

**Compartmento apical:** pode ocorrer o prolapso uterino e a enterocele, devido à rotura ou frouxidão do anel pericervical composto pelos ligamentos cardinais, uterosacros e pubocervicais. Quando a paciente é hysterectomizada, pode levar ao prolapso de cúpula vaginal.

Importante lembrar que os órgãos pélvicos apresentam uma mobilidade discreta que é normal não devendo ser considerada como prolapso (apenas variações maiores que 2 cm da situação de repouso devem ser consideradas prolapso). Por outro lado, raramente encontramos um defeito de sustentação específico e isolado, sendo comum o comprometimento em graus variados dos diversos compartimentos pélvicos.

Uma vez visualizado um prolapso genital ao exame físico, o próximo passo a ser dado é a quantificação desta alteração, uma vez que a conduta terapêutica dependerá dessa avaliação.

## **Classificação dos Prolapsos**

Existem duas classificações para quantificar o prolapso genital: uma é qualitativa, através da inspeção visual, chamada de Baden-Walker, criada em 1968; outra, chamada de POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), criada em 1996 pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), que quantifica a distância de cada prolapso. Ambas utilizam o mesmo ponto de referência (carúncula himenal). Porém, o POP-Q surgiu devido à enorme variabilidade inter e intraobservador do prolapso durante o exame físico, dificultando a padronização de resultados clínicos durante a publicação das pesquisas. Atualmente, é o método mais utilizado. Em ambos os métodos, lembrar de utilizar sempre a pior gradação durante o exame físico.

### **Baden-Walker ou Sistema Intermediário**

Foi o sistema mais usado até 1996. Ele apresenta a carúncula himenal como ponto de referência, e a classificação do prolapso é subjetiva, visual. A avaliação do grau do prolapso deve ser feita sempre durante a manobra de valsalva.

Divide-se em quatro graus:

- Grau 0 – sem prolapso.
- Grau 1 – prolapso chega pelo menos na metade da distância do caminho entre o local original e a carúncula himenal.
- Grau 2 – prolapso está ao nível da carúncula himenal.
- Grau 3 – prolapso ultrapassou a carúncula himenal, porém não exteriorizou completamente o órgão.
- Grau 4 – é o prolapso total do órgão.

### **Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)**

Esse sistema também usa a carúncula himenal como ponto de referência, e utiliza nove pontos, que serão discriminados abaixo. A anotação se dá em um painel onde a linha do meio não se delimita sinais. Todo ponto na primeira e terceira linha apresenta um sinal (positivo ou negativo), e a distância do ponto de maior prolapso para a carúncula himenal é registrado em centímetros com um espelho, régua graduada ou histerômetro.

Aa	Ba	C
Hg	cp	Cvt
Ap	Bp	D

- a – compartimento anterior
- p – compartimento posterior
- Ba – ponto de maior prolapso do compartimento anterior
- Bp – ponto de maior prolapso do compartimento posterior
- C – ponto de maior prolapso do colo uterino
- Hg – hiato genital – distância do meato uretral até a fúrcula vaginal
- Cp – corpo perineal – distância da fúrcula vaginal até o esfíncter anal
- Cvt – comprimento vaginal total
- D – fundo de saco de Douglas

Os pontos Aa e Ba estão convencionalmente a 3 cm da uretra, no mesmo lugar em pacientes que não apresentam prolapso, tanto no compartimento anterior como no posterior. Quando existe prolapso, o ponto Aa separa do Ba, e para estagiar o prolapso e definir conduta, utiliza-se o Ba.

A classificação do POP-Q se dá em graus:

Grau 0 – sem prolapso

Grau 1 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se a menos de 1 cm atrás da carúncula himenal

Grau 2 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se entre 1 cm antes e 1 cm depois da carúncula himenal

Grau 3 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se depois de 1 cm da carúncula himenal e é menor que a diferença entre a vaginometria e 2 cm.

Grau 4 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se depois de 1 cm da carúncula himenal e é maior que a diferença entre a vaginometria e 2 cm.

Os valores encontrados durante o POP-Q podem ser registrados de maneira linear ao invés da utilização do painel descrito acima.

## Tratamento cirúrgico

Os objetivos da correção cirúrgica das distopias são o alívio dos sintomas, reconstrução do assoalho pélvico o mais próximo possível da normalidade com conseqüente melhora das condições evacuatórias, miccionais e sexuais. Embora a fisioterapia e outras condutas não cirúrgicas, como o uso de pessários, possam levar a uma melhora relativa nos casos de distopias mais leves, a cirurgia acaba sendo a única opção para os prolapso de graus mais acentuados.



Basicamente, as cirurgias para correção das disfunções do assoalho pélvico podem ser divididas em: sítio específicas, obliterativas e as que utilizam telas. As indicações para o tratamento cirúrgico estão no algoritmo do final deste capítulo.

As cirurgias obliterativas são realizadas em caráter excepcional, sendo reservadas às pacientes com alto risco cirúrgico e que necessitam de procedimentos rápidos com perda sanguínea mínima. Têm como objetivo corrigir o desconforto sem a preocupação com a reparação da anatomia perineal. As mais usadas são a colpocleise a Le Fort e a colpectomia. Ambas somente devem ser indicadas em pacientes que encerraram sua vida sexual definitivamente, uma vez que tais cirurgias ocluem o canal vaginal permanentemente.

Os procedimentos sítio específicos visam reconstruir a pelve corrigindo os defeitos identificados um a um de maneira mais anatômica possível. Apresenta maior porcentagem de recidiva uma vez que as correções são feitas nos tecidos “doentes” da paciente. As principais correções sítio específicas são:

- Plicatura da fásia vesico vaginal para defeitos centrais do compartimento anterior.
- Correção do defeito paravaginal ou defeito lateral nas lesões laterais do compartimento anterior.
- Plicatura da fásia reto vaginal ou ponte de mucosa vaginal nos defeitos do compartimento posterior
- Nos defeitos apicais levando a prolapso uterino temos a cirurgias conservadoras que mantêm a função reprodutora como a de Manchester também conhecida com cirurgia de Donald – Fothergill.
- Defeitos apicais em paciente com prolapso de cúpula pós-histerectomia podem ser realizadas a sacrocolpopexia (convencional, laparoscópica ou robótica), pexia no ligamento sacro espinhal entre outras. A colpocleise a Le Fort também pode ser indicada nos casos de pacientes com vida sexual inativa permanentemente.
- Ainda nos defeitos apicais levando a enterocele pode-se recorrer à cirurgia de Mc Call.

## **Reparo cirúrgico de defeitos do compartimento vaginal anterior**

Tradicionalmente, os prolapso da parede vaginal anterior eram reparados por plicaturas da fásia pubovesicocervical na linha média com uma série de suturas em colchoeiro horizontais, independentemente do local de ruptura na fásia, porque se acreditava que os defeitos da parede vaginal anterior deviam-se ao alongamento ou adelgaçamento da parede vaginal anterior e seus suportes, permitindo a herniação da bexiga e/ou uretra na vagina. Mais recentemente, o interesse voltou-se para um reparo mais anatômico, sítio-específico, pois sabemos agora que o prolapso da parede vaginal anterior é o resultado de um defeito específico nas estruturas de suporte da vagina.

No prolapso do compartimento anterior podemos observar os seguintes defeitos: central, lateral (ou paravaginal) e o transversal. Através de uma cuidadosa avaliação

pré-operatória e intra-operatória será possível identificar os defeitos fasciais específicos, tornando factível a reconstrução adequada da parede vaginal anterior.

Correção cirúrgica do defeito central: envolvem a plicatura da fásia pubovesicovaginal com pontos de Kelly Kennedy. Atualmente, essa é a única condição em que esse tipo de ponto é indicado.

Correção de defeito lateral: consiste no reposicionamento da fásia pubovesicocervical no arco tendíneo da fásica pélvica, unilateral ou bilateral. Pode ser realizado via abdominal ou vaginal.

Observa-se que existem altas taxas de recidivas na correção do prolapso de parede anterior da vagina, devido às limitações impostas pelas técnicas cirúrgicas e pelas condições de debilidade dos tecidos conjuntivos utilizados para a correção cirúrgica. A fim de evitarem-se tais complicações e melhorar os resultados cirúrgicos, deve-se atentar a alguns passos:

- Defeitos da parede vaginal anterior, raramente ocorrem de forma isolada, portanto, a avaliação pré-operatória cuidadosa da parede vaginal posterior e ápice são essenciais para procurar outros defeitos de apoio.
- Evitar a dissecação extensa da parede vaginal anterior para minimizar o risco teórico de dano (desnervação), que resulta em fraqueza do assoalho muscular pélvico e piora do suporte a correção fascial.
- Adequada drenagem da bexiga também é essencial no período pós-operatório para evitar a hiperdistensão da bexiga e o prejuízo potencial a correção cirúrgica.
- Hemostasia adequada para prevenir a formação de hematoma, que aumenta os riscos de falha. Tampões vaginais devem ser utilizados para contribuir com a hemostasia.
- Evitar a redução excessiva de diâmetro vaginal, pois pode resultar em significativa dispareunia no pós-operatório.

## **Reparo cirúrgico de defeitos do compartimento vaginal posterior**

Existem dois métodos principais de reparação do prolapso da parede vaginal posterior via transvaginal: a colporrafia posterior tradicional e a correção sítio-específica, com reparo dos defeitos central, transverso e distal da fásia retovaginal, ou uma combinação destes defeitos. Qualquer um desses métodos pode incorporar um produto biológico ou enxerto sintético.

- Colporrafia posterior tradicional: realizada através de plicaturas medianas transversais da fásia retovaginal a partir de seus limites laterais. A plicatura levantador do ânus na linha média (medialização dos levantadores) está totalmente banida em nosso serviço por não ser anatomicamente correta e apresentar alto índice de dispareunia.
- Correção sítio-específica: para esta abordagem é fundamental perfeita dissecação da fásia retovaginal dos tecidos adjacentes até suas fixações late-

rais, até o músculo levantador do anus e a fáscia do obturador, permitindo identificar defeitos existentes.

Nos casos de rotura longitudinal ou frouxidão da fáscia retovaginal procede-se à plicatura da fáscia com pontos simples separados desde o fundo de saco de Douglas até o intróito vaginal.

Quando o defeito apresentado é transverso, ou seja, houve desgarramento da fáscia retovaginal do anel para cervical, deve-se aplicar pontos simples entre a fáscia rota e o ligamento uterossacro. Note-se que pode ocorrer concomitância de defeitos na mesma paciente, sendo necessária a correção individual de cada defeito especificamente.

Outro método de correção do defeito do compartimento posterior é o da ponte de mucosa vaginal que tem indicação nos casos de lesão longitudinal da fáscia retovaginal.

Portanto, do mesmo modo que no reparo dos defeitos do compartimento vaginal anterior, no compartimento posterior também é fundamental a identificação pré e intra-operatória destes defeitos, isolados ou associados, com finalidade de obter-se o melhor resultado cirúrgico e menor índice de recidivas.

Quanto à utilização de enxerto de reposição (heterólogos ou sintéticos), não existem ainda na literatura dados de alta qualidade para suportar o uso de materiais de reconstrução para reparar defeitos do compartimento vaginal posterior. Foram criados "kits" de procedimentos desenvolvidos por empresas comerciais para o reparo do prolapso da parede vaginal posterior (retocele coexistente com prolapso apical e/ou enterocele).

## **Reparo cirúrgico de defeitos do compartimento vaginal apical**

Compreende o defeito apical o descenso do útero, enterocele ou da cúpula vaginal em pacientes histerectomizadas. Existem várias possibilidades técnicas para reparo do defeito apical, tanto por via vaginal ou abdominal. Na presença do útero o tratamento de eleição é a histerectomia vaginal, corrigindo também os defeitos associados da parede vaginal anterior e posterior. Como opção em pacientes com desejo de futura gestação, pode-se realizar cirurgias conservadoras do útero como a operação de Manchester (Donald-Fothergill), que compreende na amputação do colo seguido do encurtamento dos ligamentos cardinais e sua reinserção cruzada o mais alto possível na porção anterior da cérvix uterina.

Em pacientes histerectomizadas previamente, as opções para correção do prolapso de cúpula vaginal são:

- Colpocleise (Le Fort)
- Colpopexia sacroespinhosa
- Sacrocolpopexia/promontofixação
- Colpopexia ileococcigea
- Colpopexia nos ligamentos uterossacos
- IVS posterior
- Uso de telas sintéticas

Para decisão sobre a melhor opção técnica para a paciente, devem-se avaliar riscos, benefícios, complicações de cada procedimento.

## **Colpocleise**

Consiste na sutura entre a parede vaginal anterior e a parede vaginal posterior fechando dessa maneira o canal vaginal, restando apenas dois pequenos canais laterais para drenagem de secreções que ocorrem principalmente nos casos de pacientes que possuem útero.

Opção considerada para pacientes sem desejo de relações sexuais futuras, e/ou condições de saúde precárias. Apresenta alta efetividade com baixa morbidade, pelo menor tempo cirúrgico e menor sangramento.

## **Colpopexia no ligamento sacroespinal**

Constitui a fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespinal, unilateral ou bilateralmente. Geralmente realizada unilateral no ligamento sacroespinal à direita. É o tratamento cirúrgico de eleição para correção do prolapso de cúpula vaginal em nosso Setor.

Apresenta vantagem pela realização via vaginal, não associando complicações relacionadas à laparotomia ou à laparoscopia. Apresenta como desvantagem a posição não-anatômica adotada pela vagina, desviando seu eixo na direção posterior e lateral, além de fixação do ápice da vagina abaixo de sua fixação natural.

Dentre as complicações descritas estão: infecção do trato urinário, hemorragia intra-operatória pela laceração de veias pudendas; lesão vesical e retal, que são pouco freqüentes; e neuropatia por lesão do nervo pudendo, queixando-se a paciente de dor irradiada ou anestesia.

## **Colpopexia nos ligamentos uterossacos**

O procedimento compreende de três suturas colocadas na porção média dos ligamentos uterossacos bilateralmente 1,5 cm medialmente e posteriormente à espinha ciática. A complicação mais freqüente e temida é a injúria ureteral, que ocorre em 11% dos casos, devido à proximidade da borda lateral de sutura e o ureter.

## **Sacrocolpopexia**

Compreende na fixação da cúpula vaginal no ligamento longitudinal anterior do sacro. Considerada mais fisiológica porque restabelece o eixo longitudinal da vagina; é o procedimento mais durável e freqüentemente utilizado no mundo.

Apresenta taxas de correção anatômica entre 79 e 98%; taxas de cura objetiva mais elevada que colpopexia sacroespinal, porém com taxas de cura subjetiva

similares. Índices de recidiva de 10% em 10 anos e 25% em 14 anos. Associa-se a maior frequência de complicações do que demais procedimentos, como lesão vesical (3,1%), lesão intestinal (1,6%), problemas incisionais (4,6%), principalmente infecção e hematoma da ferida operatórias, íleo paralítico (3,6%), tromboembolismo (3,3%), necessidade de transfusão sanguínea (4,4%) e obstrução de intestino delgado – 1 a 5%. Pode ser realizada por laparotomia ou laparoscopia (mais utilizada atualmente). Muitas das complicações ocorrem principalmente porque a maioria das pacientes com prolapso são idosas e trazem consigo diversas comorbidades que dificultam o uso da via laparotômica devido ao trauma cirúrgico e a via laparoscópica pelo aumento da pressão intra-abdominal pelo gás carbônico utilizado que dificulta o retorno venoso ao coração.

## Uso de telas sintéticas em cirurgias para prolapso genital

A utilização de telas sintéticas na correção de prolapsos vem crescendo rapidamente com o aparecimento de grande número de produtos com formas e materiais variados. As mais utilizadas e, conseqüentemente mais estudadas, são as confeccionadas com fio único de polipropileno, macroporosas e de baixa gramagem. Dependendo do fabricante, podem ser únicas englobando todos os diversos compartimentos ou específicas para correção dos defeitos de compartimento anterior ou posterior, sendo usadas juntas quando se trata de defeito apical.

As cirurgias utilizando telas não necessitam de diagnóstico preciso dos defeitos pélvicos, uma vez que corrigem os diversos compartimentos de maneira global. As maiores complicações desse procedimento estão na extrusão para a vagina e na erosão de vísceras ocas como a bexiga e reto. Ainda existe uma alta incidência de dispareunia nas pacientes com vida sexual ativa.

As principais marcas de telas para prolapso genital existentes são:

Promedon:	NAZCA TC	→ Utilizada nos prolapsos do compartimento anterior.
	NAZCA R	→ Para correção de defeitos do compartimento posterior.
Johnson's:	PROLIFT	→ Tela única para os defeitos apicais; pode ser cortada e utilizada separadamente em defeitos do compartimento anterior ou posterior.
	GYNEMESH	→ Tela retangular para ser recortada de acordo com a aplicação que se pretende em cada caso específico.
AMS:	APOGEE/PERIGEE	→ Telas individuais para o compartimento anterior e posterior, semelhante ao NAZCA.

## Complicações pós-operatórias

As possíveis complicações do reparo dos diferentes tipos de prolapso genital, independentemente da técnica utilizada, são: dor, retenção urinária temporária e constipação, que são mais comuns no período perioperatório. As complicações sérias são mais raras, e inclui o desenvolvimento de hematoma, infecção, formação de cisto de inclusão, impactação fecal, desenvolvimento de uma fístula retovaginal ou vesicovaginal, principalmente quando há uso excessivo de electrocautério. Disfunção miccional, disfunção intestinal e dificuldade de defecação podem continuar a longo prazo. Pode haver recorrência do prolapso, além de dispareunia ou incontinência fecal e urinária. A Utilização de telas sintéticas está associada a complicações adicionais, como a erosão, extrusão, infecção do enxerto, e persistência de tecido de granulação.

## Recomendações para o pós-operatório

O uso de tampão vaginal nas cirurgias de correção de qualquer um dos tipos de prolapso deve ser rotineiro e mantido durante as primeiras 8 a 12 horas.

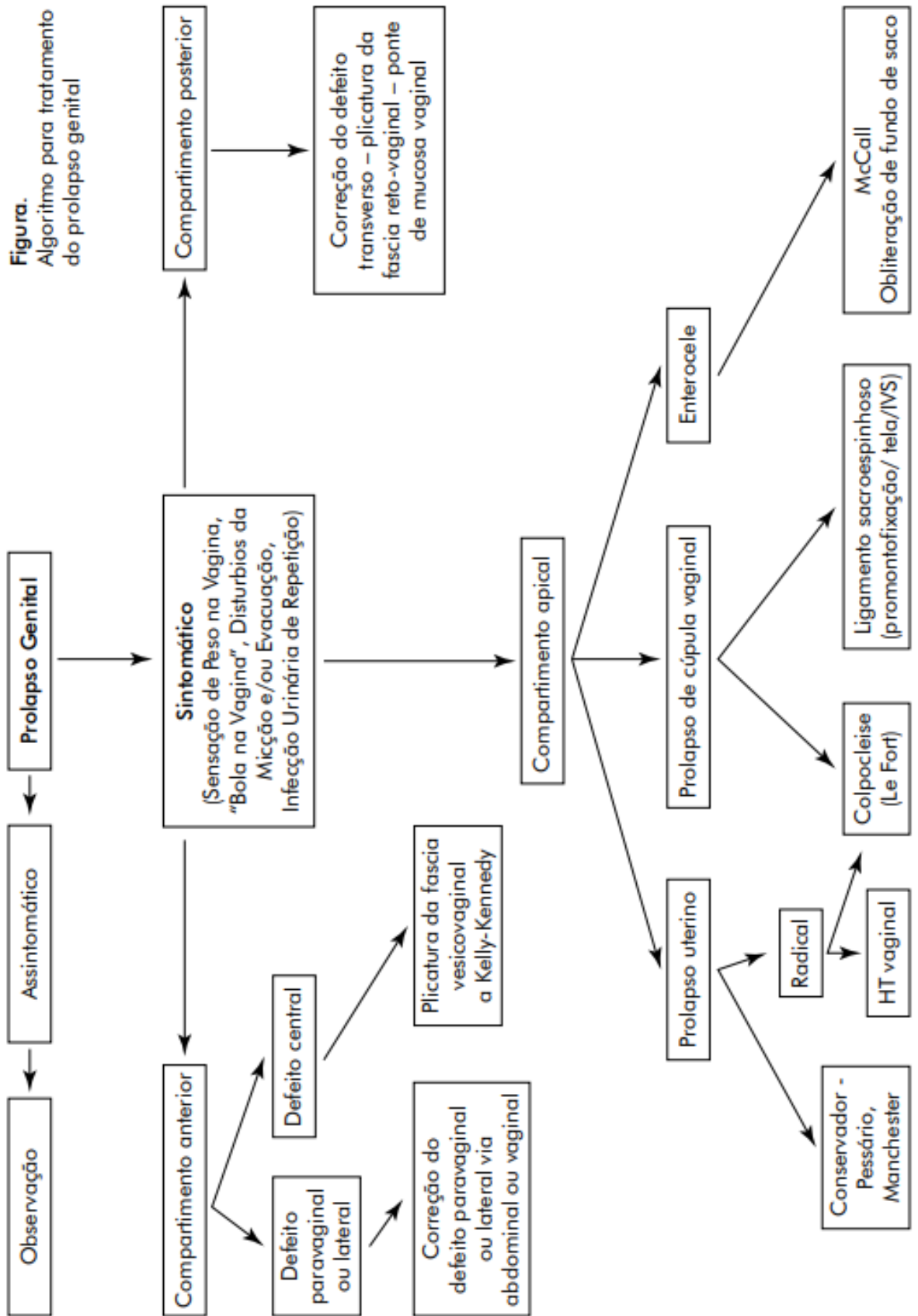
Jejum total por 8 a 12 horas de pós-operatório, mesmo em cirurgias que não abrem o peritônio, uma vez que o vômito que pode ocorrer com a introdução precoce da dieta pode levar a recidiva do prolapso, inclusive com formação de hematomas.

Manter cateter vesical de demora (Foley 14 Fr ou 16 Fr) por 8 a 12 horas após a cirurgia.

Otimizar a função intestinal com uso de dieta específica e, se necessário, medicações que visem diminuir o esforço evacuatório excessivo que é uma das principais causas de recidiva do prolapso.

Considerar em alguns casos o uso terapia hormonal tópica (estriol), pois pode acelerar cicatrização da mucosa vaginal, principalmente na pós-menopausa e em pacientes hipoestrogênicas.

Restrição das atividades físicas e sexuais por 40 a 60 dias após a cirurgia.



**ANEXO 3:** Descrição cirúrgica da técnica de HTV associada à técnica de correção de POP seguida de colpexia utilizando-se os ligamentos cardinais e uterossacros fixados ao fórnice contralateral da vagina.

1. Posicionamento de paciente em litotomia, assepsia, antissepsia e sondagem vesical de demora
2. Pinçamento do colo do útero com pinça pozzi
3. Incisão em t invertido em mucosa vaginal anterior
4. Dissecção roma e cortante da fáscia pubocervical com identificação do defeito da mesma
5. Passagem dos fios de plicatura da fáscia pubocervical com fio de ácido poliglúctico 0.0
6. Identificação, apreensão, secção e ligadura dos ligamentos pubovesicouterinos
7. Dissecção do espaço vésicouterino
8. Incisão circular ao redor do colo
9. Abertura do peritônio posterior
10. Identificação, apreensão, secção e reparo dos ligamentos útero-sacros bilateralmente, com fio de ácido poliglúctico 0.0
11. Identificação, apreensão, secção e reparo dos ligamentos cardinais bilateralmente, com fio de ácido poliglúctico 0.0
12. Identificação, apreensão, secção e ligadura das artérias uterinas, com fio de ácido poliglúctico 0.0
13. Identificação, apreensão, secção e ligadura dos ligamentos largos bilaterais, com fio de ácido poliglúctico 0.0
14. Abertura de peritônio anterior
15. Báscula do útero
16. Identificação, apreensão, secção e ligadura dos ligamentos anexos bilateralmente, com retirada da peça
17. Revisão rigorosa de hemostasia
18. Atados pontos do períneo anterior
19. Revisão rigorosa de hemostasia
20. Retirada do excesso de mucosa vaginal anterior, se necessário



21. Síntese da mucosa vaginal anterior com fio de ácido glicólico + ácido caprolactónico 4.0, pontos contínuos ancorados
22. Passagem de reparos de ligamentos uterossacros em cúpula vaginal anterior
23. Passagem cruzada de pontos de reparo de ligamentos cardinais em cúpula vaginal
24. Síntese da cúpula vaginal com fio de ácido glicólico + ácido caprolactónico 4.0, pontos em “x”
25. Incisão em t invertido em mucosa vaginal posterior até cúpula vaginal
26. Desinserção de musculo bulbo-esponjoso dissecção romba e cortante de fásia reto-vaginal com identificação do defeito da mesma
27. Plicatura da fásia reto-vaginal com fio de ácido poliglótico 0.0
28. Revisão rigorosa de hemostasia
29. Retirada do excesso de mucosa vaginal posterior
30. Síntese da mucosa vaginal posterior com fio de ácido glicólico + ácido caprolactónico 4.0, pontos contínuos ancorados
31. Aproximação de musculo bulbo esponjoso com fio de ácido poliglótico 0.0, pontos simples
32. Síntese de pele com fio de ácido glicólico + ácido caprolactónico 4.0, pontos simples
33. Colocado tampão vaginal
34. Toque retal sem alterações
35. Saída de paciente de centro cirúrgico, com sangramento discreto, consciente e orientada