

LUIZA SVIESK SPRUNG

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**

**Revisão sistemática: o ponto de fixação posterior da tela em forma de Y
na sacrocolpopexia tem influência sobre os efeitos adversos?**

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Jorge Milhem
Haddad

São Paulo

2022

LUIZA SVIESK SPRUNG

**Revisão sistemática: o ponto de fixação posterior da tela em forma de Y
na sacrocolpopexia tem influência sobre os efeitos adversos?**

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

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Jorge Milhem
Haddad

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sprung, Luiza Sviesk
Revisão sistemática : o ponto de fixação
posterior da tela em forma de Y na sacrocolpopexia
tem influência sobre os efeitos adversos? / Luiza
Sviesk Sprung. -- São Paulo, 2022.
Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.
Orientador: Jorge Milhem Haddad.

Descritores: 1.Dor pélvica 2.Dispareunia
3.Prolapso 4.Complicações 5.Constipação intestinal
6.Prolapso de órgão pélvico

USP/FM/DBD-340/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

À minha mãe, Cristina, que com seu amor sempre me apoiou e dignamente, com seus exemplos, ensinou-me a importância da família e o caminho da honestidade.

Ao meu pai, Guilherme, por ter investido na minha formação e por ter me ensinado que a educação é a forma de transformação de uma pessoa e de uma família.

Às minhas irmãs, Livia e Lana, por serem minha base, meu espelho e minhas eternas companheiras.

Agradecimentos

Ao Dr. Jorge Milhem Haddad, agradeço o exemplo de ética e conduta e por ter aberto as portas da Uroginecologia do HC-FMUSP para que eu pudesse crescer e abrir a minha mente para novas possibilidades.

À Dra. Aparecida Pacetta por acrescentar uma visão diferente e delicada à Uroginecologia e às questões da vida e da espiritualidade.

À Dra. Priscila Matsuoka Localli, por ter contribuído com minha formação, pelo exemplo de dedicação e humanismo e por sua personalidade aventureira dentro e fora da Medicina.

Ao Prof. Edmund Chada Baracat, agradeço, o incentivo à pesquisa na Universidade de São Paulo.

À banca examinadora, por destinarem seu precioso tempo para avaliar meu trabalho e contribuir com o meu crescimento acadêmico e profissional.

À Dra. Luciana Pistelli e Dra. Simone Brandão por terem compartilhado seus conhecimentos teóricos e práticos de maneira sincera e por serem, para mim, exemplos de mulheres (médicas).

Ao Dr. Antônio Lopes Moutinho Neto, meu mentor, professor e avô do coração, quem me ensinou toda a arte cirúrgica da ginecologia e acredita no meu potencial.

À Dra. Silmar Cunha da Silva, minha professora, inspiração e Uroginecologista que despertou em mim o amor por essa especialidade, que me ensinou muito do que eu sei e que me honra com a sua amizade.

Ao meu amor, Luana, por preencher minha vida com sua leveza, suas ideias, sua cumplicidade e seu amor.

Ao meu sobrinho João que, embora muito pequeno, não imagina a capacidade que ele tem em tornar a vida mais leve, simples e bonita.

Às minhas queridas amigas e aos meus queridos amigos de Curitiba, sem os quais a vida não teria a mesma graça.

Aos meus amigos da Uroginecologia, principalmente ao Dr. Renato, Dra. Lisa, Dra Lucília, Dra Silvia, Dra Taís Peterson, Dra Thaís Regina e à técnica de enfermagem Érica, por terem tornado a rotina no HC-FMUSP mais agradável.

Às pacientes agradeço por serem parte de quem eu sou como médica e por me fazer querer melhorar e aprender cada vez mais.

Ao serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Santa Casa de Curitiba, pela minha formação em Ginecologia e Obstetrícia.

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

Normatização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ALGORÍTMOS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 ETIOLOGIA DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS.....	18
1.2 SINTOMAS E SINAIS DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	18
1.3 QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO – POP-Q.....	22
1.4 PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL.....	24
1.5 TÉCNICA OPERATÓRIA DA SACROCOLPOFIXAÇÃO	27
1.5.1 SACROCOLPOPEXIA ABERTA (LAPAROTOMIA).....	27
1.5.2 SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL E ROBÓTICA.....	28
1.6 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DA TELA NA SACROCOLPOPEXIA	29
1.7 HIPÓTESE	30
2. OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3. MÉTODOS	33
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
3.2 COMITÊ DE ÉTICA E PROTOCOLO DE REGISTRO.....	33
3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	34
3.4 REVISÃO DE LITERATURA.....	34
3.5 PADRONIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA	35
4. RESULTADOS	37
5. DISCUSSÃO	57
6. CONCLUSÃO.....	62
7. ANEXOS	64
ANEXOS A.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

Lista de abreviaturas

POP	-Prolapso dos órgãos pélvicos
POP-Q	- <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i>
MLA	-Músculo levantador do ânus
ICS	- <i>International Continence Society</i>
IUGA	- <i>International Urogynecological Association</i>
CVT	-Comprimento vaginal total
HG	-Hiato genital
CP	-Corpo perineal
HTA	-Histerectomia total abdominal
FMUSP	-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
PRISMA	- <i>Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
CAPPesq	-Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa
CP	-Coorte prospectivo
CR	-Coorte retrospectivo
SCP	-Sacrocolpopexia
SCPP	-Sacrocolpoperineopexia
SOB	-Salpingooforectomia bilateral
HV	-Histerectomia vaginal
IU	-Incontinência urinária
IUE	-Incontinência urinária de esforço
IUU	-Incontinência urinária de urgência
IF	-Incontinência fecal
AS	-Ativa sexualmente
BW	-Baden-Walker

Lista de figuras

Figura 1 – Fotografia de POP e prolapso retal na posição ortostática.....	19
Figura 2 – Fotografia de POP e prolapso retal na posição de litotomia, durante manobra de Valsalva	20
Figura 3 – Desenho esquemático dos pontos do POP-Q	23
Figura 4 – Fotografia de prolapso de cúpula vaginal estágio 4, na posição de litotomia, durante manobra de Valsalva.....	25
Figura 5 – Fotografia realizada durante a sacrocolpopexia laparoscópica, evidenciando a tela sintética fixada às paredes vaginais anterior e posterior...	26

Lista de quadros

Quadro 1 – Análise de viés e qualidade metodológica (ROBINS-I).....	39
Quadro 2 – Métodos dos trabalhos incluídos na revisão	40
Quadro 3 – Desfechos avaliados	41
Quadro 4 – Técnica operatória realizada	43
Quadro 5 – Características da população dos estudos	46
Quadro 6 – Sintomas urinários pré e pós-operatórios	47
Quadro 7 – Sintomas intestinais pré e pós-operatórios	49
Quadro 8 – Dispareunia pré e pós-operatória.....	51
Quadro 9 – Sintomas do POP pré e pós-operatórios.....	52
Quadro 10 – Estadiamento do prolapso da cúpula vaginal.....	53
Quadro 11 – Estadiamento do prolapso da parede vaginal anterior.....	54
Quadro 12 – Estadiamento do prolapso da parede vaginal posterior	55
Quadro 13 – Outras complicações descritas	54

Lista de tabelas

Tabela 1 – Registro em tabela 3x3 dos pontos aferidos no POP-Q	23
Tabela 2 – Estadiamento do POP-Q.....	24

Lista de algoritmo

Algoritmo 1 – Sistematização da revisão de literatura	37
---	----

Resumo

Sprung LS. *Revisão sistemática: o ponto de fixação posterior da tela em forma de Y na sacrocolpopexia tem influência sobre os efeitos adversos?* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

INTRODUÇÃO: O prolapso de cúpula vaginal ocorre em 6 a 12% das mulheres submetidas a histerectomia. A escolha do tratamento depende dos sintomas e do estadiamento do prolapso dos órgãos pélvicos e, também, das condições de saúde da paciente. A sacrocolpopexia é considerada padrão-ouro para o tratamento do prolapso de cúpula vaginal por apresentar elevada taxa de sucesso. Pode ser feita por laparotomia, laparoscopia convencional ou laparoscopia robótica. Seja pela dificuldade técnica de acesso aos compartimentos mais profundos ou pela dificuldade anatômica para realizar as disseções e fixações necessárias, a decisão de onde fixar o braço posterior da tela em “Y” ainda permanece controversa. Por não haver consenso sobre a eficácia e prevalência de complicações relacionadas ao local de inserção do braço posterior da tela em “Y” na sacrocolpopexia, realizamos revisão sistemática para avaliar as complicações intestinais e a ocorrência de dor pélvica e dispareunia quando avaliadas a fixação da tela no corpo perineal ou no músculo levantador do ânus. **MÉTODO:** Realizou-se revisão sistemática que incluiu mulheres com prolapso de cúpula vaginal, submetidas a sacrocolpopexia, tendo como desfechos a incidência e prevalência de complicações pós-operatórias, principalmente dor (dor pélvica e dispareunia) e complicações intestinais. **RESULTADOS:** Até o dia 21 de maio de 2021, 1.131 estudos foram identificados com a estratégia de busca, mas apenas 6 preencheram os critérios de inclusão, entre os quais 4 coorte retrospectivos e 3 coorte prospectivos. No período da busca, não foi encontrado nenhum estudo que comparou o local de inserção do braço posterior da tela em “Y” na sacrocolpopexia para avaliar as complicações pós-operatórias. Dentre os estudos selecionados, as pacientes foram submetidas a correção do prolapso apical pela sacrocolpopexia com fixação da tela no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus. **CONCLUSÃO:** Não foi possível concluir se há menor incidência e prevalência de complicações com a fixação do braço posterior da tela em “Y” na sacrocolpopexia realizada no corpo perineal ou no músculo levantador do ânus. Estudos clínicos randomizados comparando o local de fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” na sacrocolpopexia para correção do prolapso de cúpula vaginal após histerectomia, na incidência de complicações, são necessários para avaliar a segurança e a eficácia da técnica.

Descritores: Dor pélvica; Dispareunia; Prolapso; Complicações; Constipação intestinal; Prolapso de órgão pélvico.

Abstract

Sprung LS. *Systematic review: Does the posterior Y-shaped mesh fixation point in sacrocolpopexy have an influence on adverse effects?* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

INTRODUCTION: Vaginal vault prolapse occurs in 6 to 12% of women who underwent hysterectomy. The choice of treatment depends on the symptoms and pelvic organ prolapse stage, and on the patient's health conditions. Sacrocolpopexy is considered the gold standard for the treatment of vaginal vault prolapse because it has a high success rate and can be done by laparotomy or conventional or robotic laparoscopy. Whether due to the technical difficulty in accessing the deepest compartments or the anatomical difficulty in performing the necessary dissections and fixations, the decision of where to fix the posterior arm of the "Y" mesh remains controversial. Because there is no consensus on the efficacy and prevalence of complications related to the insertion placement of the posterior "Y" shaped mesh arm in sacrocolpopexy, we conducted a systematic review to evaluate bowel complications, pelvic pain, and dyspareunia when the mesh is placed on the perineal body or on the levator ani muscle. **METHODS:** We conducted a systematic review that included women with vaginal vault prolapse who underwent sacrocolpopexy. The outcomes assessed were the incidence and prevalence of postoperative complications, mainly pain (pelvic pain and dyspareunia) and bowel complications. **RESULTS:** Until February 20, 2021, 1.131 studies were identified with the search strategy, but only 6 met the inclusion criteria, which included 4 retrospective cohorts and 3 prospective cohorts. In the search period, no studies were found that specifically evaluated the comparison of the insertion placement of the posterior arm of the "Y" mesh in sacrocolpopexy to assess postoperative complications. Among the selected studies, patients underwent vaginal vault prolapse repair by sacrocolpopexy with the mesh attached to the perineal body and/or the levator ani muscle. **CONCLUSION:** We could not conclude whether there is a lower incidence and prevalence of complications with the posterior arm of the "Y"-shaped mesh in sacrocolpopexy fixation performed on the perineal body or the levator ani muscle. Randomized clinical trials comparing the site of fixation of the posterior arm of the "Y"-shaped mesh in sacrocolpopexy to treat vaginal vault prolapse after hysterectomy, on the incidence of complications are needed to evaluate the safety and efficacy of the technique, seeking the well-being of the patient.

Descriptors: Pelvic pain; Dyspareunia; Prolapse; Complications; Constipation; Pelvic organ prolapse.

1. INTRODUÇÃO

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) na mulher são definidos como alteração anatômica, caracterizada pelo descenso vaginal da parede vaginal anterior, parede vaginal posterior e/ou ápice, seja a cúpula vaginal (pós-histerectomia) ou útero.^{1,2}

Apesar de comum, existem poucos estudos sobre a incidência e prevalência do POP.² Estima-se que 50% das mulheres desenvolverão ao longo de sua vida algum tipo de POP e na literatura a prevalência varia entre 3 e 50%.² Essa variação pode corresponder a diferença no método de avaliação, pois quando é utilizada a quantificação objetiva do estadiamento do POP (POP-Q) a prevalência tende a ser menor do que quando feito subjetivamente pelo examinador.²

Como proposto por DeLancey, na teoria da anatomia e biomecânica do POP,³ o assoalho pélvico age como suporte que previne a queda dos órgãos abdominais e pélvicos pela abertura da pelve óssea.³ Esse suporte depende de ação coordenada do músculo levantador do ânus (MLA) e dos órgãos pélvicos.³ Existem três princípios mecânicos que explicam como esse suporte funciona: 1) o útero e a vagina são ligados à parede da pelve pela fásia endopélvica; 2) o MLA faz constrição dos orifícios, formando um pavimento onde os órgãos podem se apoiar; 3) arranjo estrutural dos dois mecanismos anteriormente citados, onde a vagina fica suspensa e apoiada na parede adjacente.³

1.1 ETIOLOGIA DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

As lesões do MLA são os principais fatores de risco para o desenvolvimento POP.⁴ Durante a gravidez e no parto vaginal, ele se distende de forma exagerada (25-250%) sendo o músculo puborretal o mais afetado por esticar muito em um menor período de tempo durante o período expulsivo.⁴ Além da distensão, pode haver sua avulsão da parede pélvica durante a apresentação e desprendimento do polo cefálico no parto vaginal, aumentando em duas a três vezes o risco de POP.⁴ Sugere-se que a disfunção do MLA pode ser ocasionada pela neuropatia do nervo podendo, por denervação parcial ou reinervação pós-parto vaginal, e pelas lesões fasciais que podem coexistir com a lesão do MLA.⁴ Algumas cirurgias, como histerectomia e colpossuspensão de Burch, estão associadas ao aparecimento e recorrência dos POP.⁴ A idade, o envelhecimento e o *status* hormonal da paciente também têm papel fundamental na etiologia, sendo o hipoestrogenismo responsável pelo enrijecimento dos tecidos e aceleração do envelhecimento biológico do suporte do assoalho pélvico.⁴

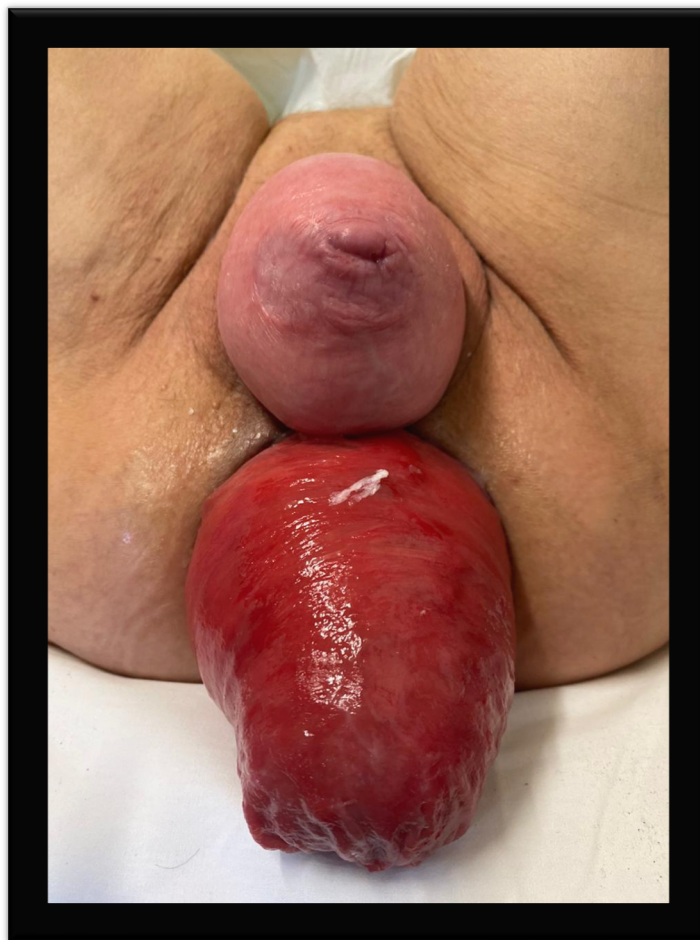
1.2 SINTOMAS E SINAIS DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Os sintomas do POP podem ser percebidos pela mulher como uma alteração da sensação da posição ou da função do assoalho pélvico.¹ Normalmente eles ocorrem em posição ortostática (Figura 1) ou com o aumento da pressão intra-abdominal (Figura 2), como na evacuação.¹



FONTE: Acervo pessoal

Figura 1 – Fotografia de POP completo e prolapso retal observados na posição ortostática.



FONTE: Acervo pessoal

Figura 2 – Fotografia de POP completo e prolapso retal observados na posição de litotomia, durante manobra de Valsalva.

O POP pode causar sintomas relacionados a ele mesmo e aos efeitos da alteração anatômica na função vesical, intestinal e sexual, sendo os mais frequentes: sensação de peso ou bola na vagina, dor ou desconforto na região suprapúbica, pélvica e/ou lombar, sangramento, corrimento e infecção que podem estar relacionados a ulceração do prolapso, necessidade de realização de reposicionamento da vagina, períneo ou região perianal para auxiliar a micção ou evacuação.¹

Além dos sintomas causados pelo próprio POP, essa distorção anatômica causada aos órgãos adjacentes pode levar à disfunção destes.¹ Os sintomas urinários podem ser referidos como hesitação miccional, jato fraco e/ou

intermitente, necessidade de realizar força ou pressão suprapúbica para urinar, sensação de esvaziamento miccional incompleto, gotejamento pós-miccional, adoção de uma determinada posição para melhorar o esvaziamento miccional, necessidade redução manual do prolapso para urinar, disúria, retenção urinária, frequência miccional, incontinência urinária, noctúria, urgência miccional e/ou fecal e infecção do trato urinário episódica ou recorrente.¹

Os sintomas intestinais podem ser percebidos como urgência fecal, incontinência fecal, constipação intestinal, presença de fezes na roupa íntima ou no ânus pós-evacuação, sensação de obstrução anorretal e necessidade de força para evacuar.¹

Sintomas sexuais também podem ser manifestações de disfunção do assoalho pélvico causada pelo POP e podem ser percebidas como dispareunia, penetração dificultada ou impedida pelo POP, sensação de frouxidão vaginal e desejo sexual hipoativo ou ausente.¹

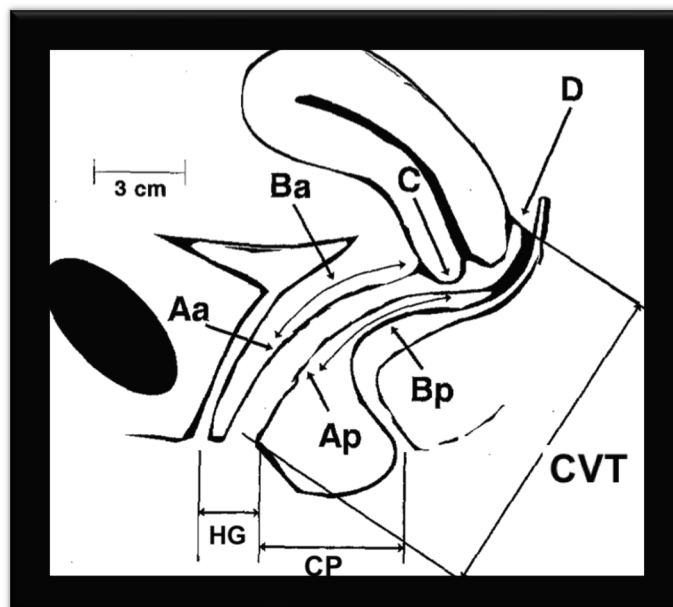
Em relação ao exame físico, ele é avaliado em posição ortostática ou de litotomia e podem ser correlacionados com o que foi referido pela paciente.¹ Portanto, ao exame podem ser visualizados prolapso da parede vaginal anterior, parede vaginal posterior e/ou do ápice – útero, colo do útero ou cúpula vaginal.¹

O estadiamento do prolapso de órgãos pélvicos pode ser feito pela ferramenta de quantificação do prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q) metodologia desenvolvida por Bump et al e adotada pela *International Continence Society* (ICS) e pela *International Urogynecological Association* (IUGA).⁵

1.3 QUANTIFICAÇÃO DO PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS – POP-Q

Deverá ser descrito o ponto de maior prolapso visualizado ao exame, referente a uma série de medidas que serão listadas para determinar o estadiamento do prolapso.⁵ Além disso, a quantificação permite avaliar ao longo do tempo a sua progressão, bem como a identificação por profissionais diferentes.⁵

A avaliação das medidas será realizada a partir de pontos de referências anatômicos.⁵ O hímen, por ser comum e identificável nas mulheres cisgênero, é o marco 0 e os outros seis pontos, dois na parede vaginal anterior (Aa e Ba), dois na parede vaginal posterior (Ap e Bp) e dois no fundo vaginal (C e D), que serão medidos em centímetros a partir do hímen.⁵ Se estiverem posicionados acima do hímen (dentro da vagina) terá valor negativo (-) e, se abaixo do hímen (fora da vagina), valor positivo (+).⁵ O ponto Aa corresponde ao colo vesical, a -3cm do hímen na parede vaginal anterior; o ponto Ba representa o maior prolapso da parede vaginal anterior; o ponto C corresponde ao colo uterino ou à cúpula vaginal; o ponto D é o fundo de saco de Douglas; o ponto Ap está na parede vaginal posterior, a -3cm do hímen; e o ponto Bp é o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior.⁵ Devem ser medidos também o comprimento vaginal total (CVT), hiato genital (HG) e o corpo perineal (CP) (Figura 4).⁵



FONTE: Bump RC et al., 1996

Figura 3 – Desenho esquemático clássico dos pontos do POP-Q.

A anotação dos pontos pode ser feita em linha (Aa, Ba, C, D, Bp, Ap, CVT, HG e CP) ou em forma de tabela 3x3 (Tabela 1) e, a partir dessas medidas, o POP-Q é realizado (Tabela 2).⁵

Tabela 1 – Registro em tabela 3x3 dos pontos aferidos no POP-Q

Aa	Ba	C
HG	CP	CVT
Ap	Bp	D

FONTE: Bump RC et al., 1996

Tabela 2 – Estadiamentos do POP-Q

Estádio 0	Ausência de prolapso
Estádio 1	Porção mais distal está a -1 cm do hímen (< -1 cm)
Estádio 2	Porção mais distal encontra-se entre -1cm e +1cm do hímen (≥ -1 cm e $\leq +1$ cm)
Estádio 3	Porção mais distal do prolapso encontra-se entre +1cm e $<+(CVT-2$ cm) [$>+1$ cm a $<+(CVT-2$ cm)].
Estádio 4	Porção mais distal do prolapso é $\geq+(CVT-2$ cm).

FONTE: Bump RC et al., 1996

1.4 PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL

O prolapso de cúpula vaginal (Figura 5) acontece pós-histerectomia e, se esta foi realizada para tratamento de POP, o risco de acontecer o POP da cúpula vaginal é quase seis vezes maior.⁶ Esse tipo de POP está associado comumente com outro POP (defeito multicompartimental), o que torna desafiador o seu tratamento.⁶



FONTE: Acervo pessoal

Figura 4 – Fotografia de prolapso de cúpula vaginal estágio 4, na posição de litotomia, durante manobra de Valsalva.

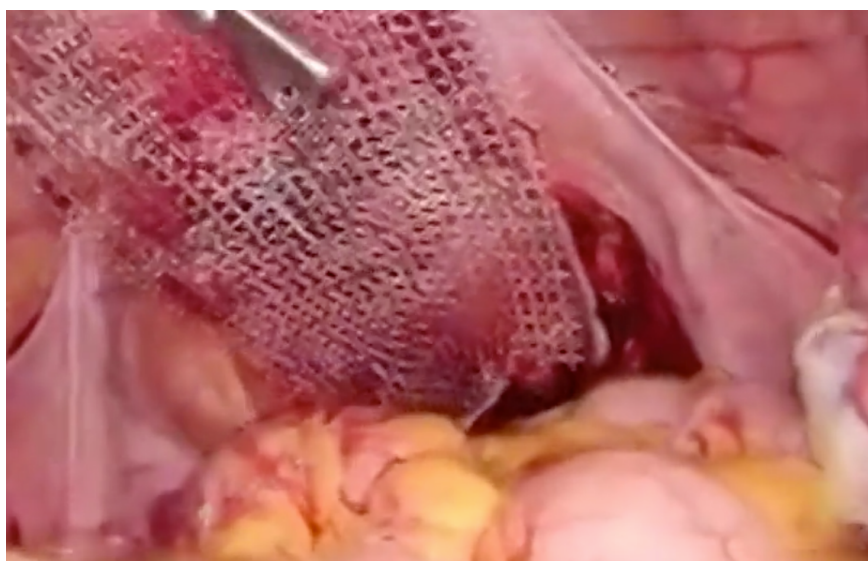
As opções de tratamento disponíveis para o prolapso de cúpula vaginal compreendem o treinamento nos músculos do assoalho pélvico com fisioterapia, tratamento conservador com o uso de pessários e tratamento cirúrgico.⁶

O procedimento cirúrgico visa o tratamento definitivo do prolapso da

cúpula vaginal e pode ser feito de forma obliterativa (fechamento da vagina) ou reconstrutiva.⁷ Esta diminui consideravelmente a chance de recorrência do POP e pode ser realizada pela via vaginal, abdominal ou combinada.² A escolha da via cirúrgica dependerá do tipo de POP e do POP-Q, presença de sintomas urinários, intestinais e sexuais associados, bem como disfunções desses, condições de saúde da mulher e a preferência e habilidade do cirurgião.⁸

As cirurgias reconstrutivas pela via vaginal podem ser feitas por colpopexia sacroespinhosa (fixação aos ligamentos sacroespinhosos) e fixação da cúpula ao ligamento uterossacro^{2,8}, que são técnicas muito usadas por estarem associadas a menores taxas de dor no pós-operatório e retorno mais rápido às atividades^{6,8}. Entretanto possuem taxas mais elevadas de recorrência e incidência de dispareunia.⁸

Em relação à técnica reconstrutiva abdominal, pode ser realizada com suspensão do ápice vaginal pelos ligamentos uterossacos ou pela sacrocolpopexia (Figura 6)⁸ que com telas sintéticas ou biológicas reforça a sustentação do ápice vaginal.^{6,8}



FONTE: IUGA Academy. Miklos J. 06/11/15; 141738

Figura 5 – Fotografia realizada durante a sacrocolpopexia laparoscópica, evidenciando a tela sintética fixada às paredes vaginais anterior e posterior.

1.5 TÉCNICAS OPERATÓRIAS DA SACROCOLPOPEXIA

Descrita a primeira vez em 1962, a sacrocolpopexia tem vantagem em relação à correção pela via vaginal por manter intacta a estrutura vaginal e utilizar material para reforçar os tecidos e evitar recorrência.⁹ Ao longo dos anos evoluiu e hoje se consagra como a técnica padrão-ouro para a correção do prolapso de cúpula vaginal.⁸ A tela usada para a realização da sacrocolpopexia pode ser de material biológico, porém telas sintéticas permanentes de polipropileno em forma de “Y” têm as melhores taxas de sucesso e, quando não contraindicadas, são as escolhidas.⁸

1.5.1 SACROCOLPOPEXIA ABERTA (LAPAROTOMIA)

Após indução anestésica e a paciente em posição de litotomia, a incisão de Pfannenstiel é realizada para acessar a cavidade abdominal.¹⁰ Após visualização do ureter direito, o peritônio da região pré-sacral é aberto para realizar a exposição do ligamento longitudinal anterior do sacro, ao nível do promontório sacral.¹⁰ É realizada então a dissecação do espaço vesico-vaginal, ao nível do colo vesical, e então é realizada a dissecação do espaço rectovaginal até o local da inserção da fáscia no corpo perineal.¹⁰

A tela em forma de “Y” é suturada na parede vaginal anterior ao nível do colo vesical, na parede vaginal posterior próximo ao corpo perineal e no ápice vaginal. Então a outra extremidade é fixada no ligamento longitudinal anterior do sacro.¹⁰ Ao final, o peritônio é aproximado para cobrir a tela e o abdome é fechado em camadas.¹⁰

1.5.2 SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL E ROBÓTICA

Após indução anestésica e a paciente em posição de litotomia, o pneumoperitônio é realizado, seguido da inserção dos trocartes.¹¹ Na robótica, após a colocação da câmera e sob visualização direta, os pórticos do robô são posicionados – dois aos lados da ótica, um à esquerda da crista ilíaca e outro a direita da câmera.¹² Com o auxílio de uma válvula na vagina, para facilitar a dissecação, esta é realizada anteriormente até a fáscia pubocervical e posteriormente até o septo rectovaginal.¹¹ A tela em forma de “Y” tem seu braço anterior suturado na parede vaginal anterior, na parede vaginal posterior e, após dissecação do peritônio pré-sacral (com visualização dos ureteres e vasos ilíacos à direita), a extremidade proximal da tela é suturada no ligamento longitudinal anterior do promontório sacral.¹¹ O peritônio é aproximado para cobrir a tela e, se houver indicação, outros procedimentos poderão ser realizados.¹¹

É possível tratar este prolapso em todos os níveis do assoalho pélvico e reestabelecer o suporte vaginal conectando a o braço posterior da tela em “Y” ao corpo perineal¹³ ou no músculo levantador do ânus (especificamente no músculo puborretal)¹⁴. Além de realizar a correção anatômica, essas fixações podem melhorar, respectivamente, o descenso perineal e a constipação intestinal intensificada pelo POP da parede vaginal posterior.^{13,14}

Apesar das técnicas descritas terem altas taxas de sucesso e baixos índices de recorrência do POP, nenhuma delas é livre de complicação⁸, principalmente as relacionadas ao uso das telas.¹²

1.6 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO USO DA TELA NA SACROCOLPOPEXIA

Complicações pelo uso da tela podem ocorrer por diversos motivos, seja pela própria fixação, pela reação inflamatória do corpo à tela ou pela alteração do local doado quando feita de material autólogo.¹⁵ Por isso elas conferem um desafio a mais no tratamento cirúrgico do prolapso de cúpula vaginal.¹⁵

As alterações podem ocorrer no próprio local da inserção e nos órgãos adjacentes sendo as principais: contração, separação, exposição, extrusão, perfuração, deiscência e fístula.¹⁵ Em relação ao tempo, elas podem ser relacionadas a sua fixação no intraoperatório (até dois dias após a cirurgia), a cicatrização recente no pós-operatório (dois a sessenta dias da cirurgia), a cicatrização tardia (dois a doze meses) e outras complicações (após um ano do ato cirúrgico).¹⁵

Em relação às complicações vaginais, elas podem ocorrer sem exposição ou com exposição da tela, geralmente associada à extrusão.¹⁵ Quanto ao quadro clínico possível, esses podem ser assintomáticos, mas com a tela percebida de maneira incorreta, ou sintomática causando desconforto, dor ou dispareunia incomuns podendo ocorrer de forma espontânea ou provocados pelo exame físico, relação sexual ou atividade física.¹⁵ Apesar de não tão frequentes, infecção e abscesso são listados como possíveis complicações do uso da tela.¹⁵

Pela proximidade com o trato urinário e intestinal, há possibilidade de complicações diretamente relacionadas aos órgãos adjacentes, seja por pequenos eventos adversos no intraoperatório, com perfuração vesical ou intestinal identificadas e reparadas no momento, ou por comprometimento a longo prazo, como fístulas, obstrução e formação de abscessos.¹⁵ E, por fim, as

complicações com comprometimento à integridade da vida da paciente, como sangramento e hematomas, necessidade de cuidado intensivo e até morte.¹⁵

1.7 HIPÓTESE

A decisão do local de fixação do braço posterior da tela em “Y” na sacrocolpopexia ainda permanece controversa. Apesar de técnicas eficazes, com a possibilidade de tratar POP multicompartimentais, sintomas intestinais e/ou lesões perineais, não há uniformidade na escolha da técnica ou dados sobre as complicações relacionadas às inserções, principalmente quanto às complicações tardias – dor pélvica crônica, dispareunia e disfunções intestinais.

Baseando-se nisso decidimos realizar uma revisão sistemática para avaliar a prevalência das complicações, dor pélvica, dispareunia e alterações intestinais, relacionadas a fixação do braço posterior da tela em “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a prevalência das complicações relacionadas a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a prevalência das complicações intestinais relacionadas a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.
- Avaliar a prevalência de dor pélvica relacionadas a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.
- Avaliar a prevalência de dispareunia relacionadas a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.
- Avaliar a prevalência de outras complicações relacionadas a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus na sacrocolpopexia.

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizada revisão sistemática da literatura no Setor de Uroginecologia, da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Para conduzir a revisão foi utilizado o PRISMA – *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, por ser uma ferramenta que auxilia na clareza e transparência nas informações buscadas na revisão sistemática.¹⁶

3.2 COMITÊ DE ÉTICA E PROTOCOLO DE REGISTRO

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP e pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) sob o registro 13557719.0.0000.0065, número do parecer: 3.371.778 (Anexo A).

Houve tentativas de registro na base de registro de protocolos de revisões sistemáticas – PROSPERO, do *Centre for Reviews and Dissemination*, da Universidade de York, com suporte do *National Institute for Health Research*¹⁷, porém foi automaticamente rejeitada devido a alta demanda de análise de estudos relacionados à pandemia do novo coronavírus.

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para formular a pergunta norteadora, utilizamos a ferramenta PICO¹⁸ com a criação da estratégia de busca: (P) mulheres acima de 18 anos com prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia, (I) submetidas a sacrocolpopexia, (C) com a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus, (O) a fim de avaliar a prevalência de complicações - dor pélvica, dispareunia e disfunções intestinais.

3.4 REVISÃO DA LITERATURA

As bases de dados utilizadas foram: Embase®, PubMed®, Biblioteca Cochrane® e Lilacs®, no período de 17 de maio de 2021 a 21 de maio de 2021, nas quais foram procurados ensaios clínicos controlados randomizados, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos e estudos caso-controle, com base em uma estratégia de busca a partir dos descritores “prolapso de órgãos pélvicos, tela cirúrgica, constipação, dor pélvica, dispareunia” e sinônimos de sacrocolpopexia, colpossacroperineopexia, dor pélvica crônica e complicações intestinais.

A estratégia de busca foi ajustada de acordo com as exigências de pesquisa adotados em cada base de dados utilizadas, sendo feita com os seguintes descritores e sinônimos [(sacrocolpopexies OR sacrocolpopexy OR colpossacropexy OR promontofixation OR sacrocolpofixation OR colpoperineopexy OR sacropexy OR sacropexies OR perineopexy) AND (constipation OR constipated OR colonic inertia OR constipations OR dyschezia OR dyspareunia OR pelvic pain OR pain pelvic OR pains pelvic OR pelvic pains)].

Duas pesquisadoras independentemente (L.S.S e P.M.L) realizaram a coleta de artigos com base nos critérios de elegibilidade, e os estudos selecionados tiveram a análise de sua qualidade metodológica avaliadas pelas ferramentas de avaliação de risco de viés da Cochrane® – RoB 2¹⁹ (estudos clínicos randomizados) e ROBINS-I²⁰ (estudos clínicos comparativos não randomizados). Quando houve discrepância na seleção, um terceiro avaliador (J.M.H.) foi requisitado para definir a inclusão ou não do estudo.

Foram incluídos artigos disponíveis em sua forma completa; publicados em inglês, espanhol e português; que avaliaram mulheres acima de 18 anos com prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia e submetidas a sacrocolpopexia; com a fixação do braço posterior da tela em forma de “Y” feita no corpo perineal e/ou no músculo levantador do ânus; e que avaliaram as complicações resultantes do procedimento. Nos estudos em que o desfecho foi avaliado em vários momentos de tempo, foram considerados somente os dados do último período de avaliação.

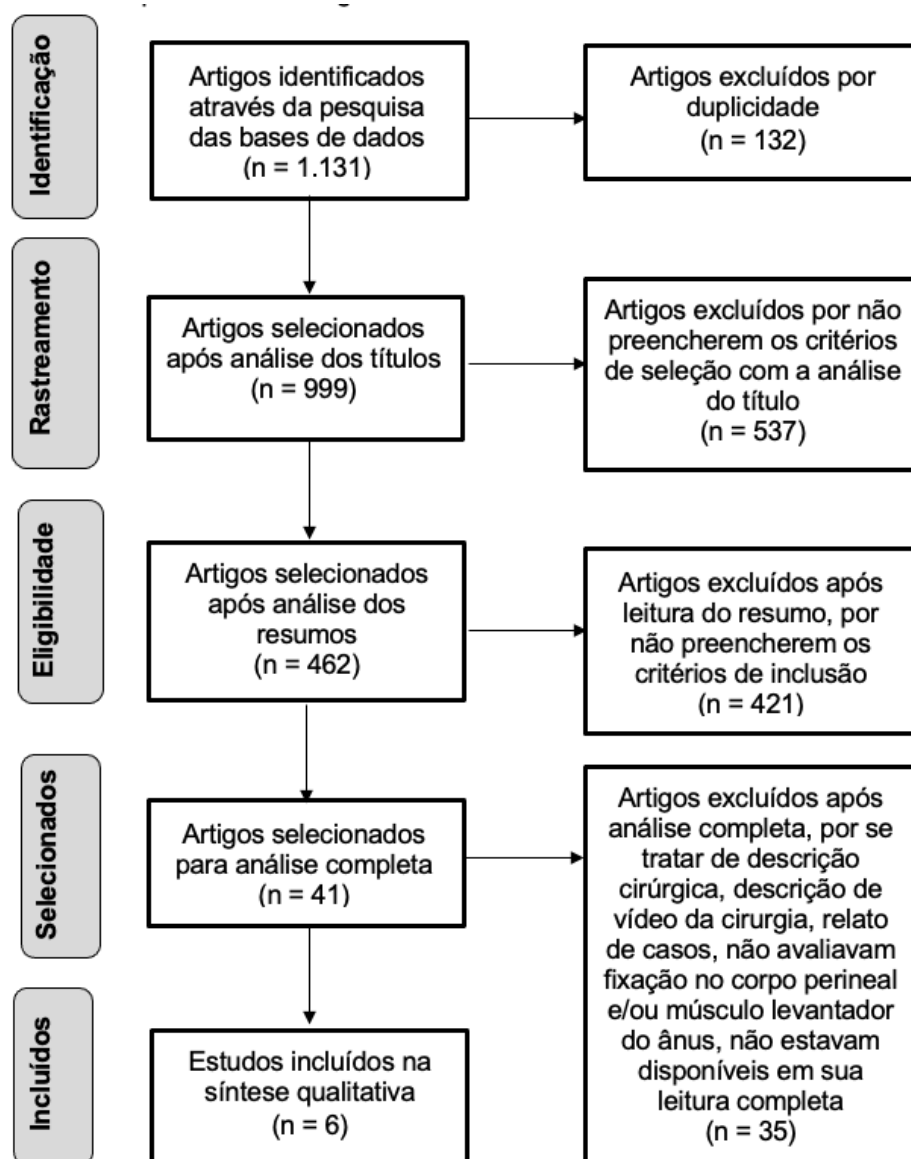
3.5 PADRONIZAÇÃO DA REVISÃO DA LITERATURA

Em cada base de dados, após exclusão dos artigos duplicados, foi realizada análise inicial dos estudos, por meio da informação contida em seus títulos, agrupando-os em selecionados e não-selecionados. Então os resumos dos artigos desta primeira análise foram lidos e, novamente, feita sua seleção ou não-seleção. Os artigos selecionados após análise do resumo tiveram sua leitura completa realizada e, após avaliação da metodologia e de acordo com os critérios de elegibilidade estipulados para essa revisão, foram incluídos ou excluídos.²¹

Todos os estudos incluídos tiveram suas referências analisadas, a fim de elevar a sensibilidade e, com a mesma intenção, os artigos relacionados a cada estudo selecionado também foram revisados.²¹ Os estudos incluídos tiveram a qualidade da sua metodologia avaliada como preditor de força de evidência e não como critério de inclusão ou não dos estudos.²¹

4. RESULTADOS

Foram identificados 1.131 estudos por estratégia de busca nas bases de dados que, após exclusão dos 132 duplicados, foram para análise dos títulos 999 artigos. Após esta, foram selecionados 462 artigos para seleção pela leitura dos resumos, resultando em 41 para a leitura completa. Destes, 6 estudos²²⁻²⁷ alcançaram todos os pré-requisitos necessários para esta revisão sistemática, conforme apresentado no algoritmo abaixo (Algoritmo 1)¹⁶.



Algoritmo 1. Sistematização da revisão da literatura.

No período da busca, não foi encontrado nenhum estudo que comparou as complicações relacionadas ao local de inserção do braço posterior da tela em “Y” na sacrocolpopexia.

Entre os 6 estudos selecionados, em 4 as pacientes foram submetidas à sacrocolpopexia com a fixação da tela no corpo perineal²²⁻²⁵ e em 2 no MLA.^{26,27}

Quanto às complicações, as quais são o objeto dessa revisão, há referências aos sintomas intestinais, dispareunia e à erosão da tela e/ou da sutura realizada. Porém, nenhum estudo investigou a presença de dor pélvica nas pacientes.

Como não foi encontrado nenhum estudo randomizado controlado, a análise de viés e qualidade metodológica dos artigos (Quadro 1) foi feita a partir da ferramenta ROBINS-I²⁰. Foi possível identificar que todos os estudos apresentaram um alto risco de viés em relação a perdas amostrais e somente 3 estudos apresentaram um alto risco de viés de confundimento. Já quanto às características metodológicas especificadas consideramos o tipo do estudo utilizado pelos pesquisadores de cada estudo, o “n” amostral, apontando o grupo de intervenção, bem como o tempo de seguimento dos participantes da pesquisa e os objetivos principais de cada estudo. Todos os estudos são classificados como estudos analíticos observacionais de coorte, sendo 4 deles prospectivos e 3 retrospectivos; todos apresentaram grupo de intervenção, porém nenhum apresentou grupo de controle; os seguimentos variaram de 2 a 5 anos (Quadro 2).

Quadro 1 – Análise de viés e qualidade metodológica (ROBINS-I).

Autor	Confundimento	Seleção dos participantes	Avaliação da intervenção	Não recebimento da intervenção atribuída	Perdas	Avaliação dos desfechos	Relato seletivo dos desfechos
Fox <i>et al.</i> 2000	–	+	+	+	–	+	+
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	+	+	+	+	–	+	+
Ross <i>et al.</i> 2005	–	+	+	+	–	+	+
Ross <i>et al.</i> 2007	+	+	+	+	–	+	+
Schariati <i>et al.</i> 2008	+	+	+	+	–	+	+
Herraiz <i>et al.</i> 2015	–	+	+	+	–	+	+

Legenda: ? risco desconhecido + baixo risco de viés – alto risco de viés

Quadro 2 – Métodos dos trabalhos incluídos na revisão

Autor	Tipo de estudo	Intervenção (n)	Controle (n)	Seguimento	Objetivo
Fox <i>et al.</i> 2000	CP	SCP (29)	-	6 semanas, 12 e 24 meses	• Eficácia e complicações
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	CP	SCP (12)	-	6 semanas, 6, 12, 18 e 24 meses	• Satisfação da paciente e complicações
Ross <i>et al.</i> 2005	CP	SCP (51)	-	6 semanas, 6 meses, 1, 2, 3, 4 e 5 anos	• Eficácia a longo prazo
Ross <i>et al.</i> 2007	CP	SCP (31)	-	6, 12 e 24 meses	• Prevenção de complicação (erosão) com tela biológica
Schariati <i>et al.</i> 2008	CR	SCPP (77)	-	6 semanas, 6 e 12 meses	• Descrição da técnica, eficácia e complicações
Herraiz <i>et al.</i> 2015	CR	SCP (14)	-	1, 6 e 24 meses	• Descrição da técnica, segurança, resultados a longo prazo e complicações

Legenda: CP – coorte prospectivo; CR – coorte retrospectivo; SCP – sacrocolpopexia; SCPP – sacrocolpoperineopexia.

Foram analisados também os desfechos (Quadro 3) estudados em cada artigo incluído, tais como: forma de avaliação de sintomas intestinais e urinários, percepção do POP e dispareunia pré e pós-operatório; forma de estadiamento

do POP pré e pós-operatório (realizados por Baden-Walker e POP-Q); avaliação do tipo de incontinência urinária através de estudo urodinâmico; bem como a identificação das complicações dos pacientes no período estudado.

Quadro 3 – Desfechos avaliados

Autor	Desfechos avaliados
Fox et al. 2000	Questionários não validados para avaliar sintomas intestinais e urinários, percepção prolapso e dispareunia pré e pós-operatória; POP-Q pré e pós-operatório; Complicações.
Marinkovic et al. 2003	Escala visual analógica para avaliar satisfação pessoal dos resultados cirúrgicos; Avaliação de sintomas intestinais e urinários, percepção prolapso e dispareunia pré e pós-operatória; Complicações
Ross et al. 2005	Questionários não validados para avaliar sintomas intestinais e urinários, percepção prolapso e dispareunia pré e pós-operatórios; Graduação de Baden-Walker pré e pós-operatórios; Complicações
Ross et al. 2007	Questionários validados para avaliar sintomas intestinais, urinários e sexuais, percepção prolapso pré e pós-operatório; POP-Q pré e pós-operatório; Complicações
Schariati et al. 2008	Avaliação de sintomas intestinais e urinários e percepção prolapso pré e pós-operatório; Estudo urodinâmico pré e pós-operatório; POP-Q pré e pós-operatórios; Complicações
Herraiz et al. 2015	Complicações

Legenda: POP-Q – Quantificação do prolapso dos órgãos pélvicos.

Extraímos dos artigos as principais informações de como foi realizada a sacrocolpopexia, como o local da fixação do braço posterior da tela (corpo perineal ou músculo levantador do ânus), tipo de tela utilizada, tipo de fio e se foi realizado algum procedimento cirúrgico concomitante à sacrocolpopexia (Quadro 4). A grande maioria dos estudos utilizou tela e fio sintéticos para a sacrocolpopexia. Às pacientes com fixação posterior da tela no músculo levantador do ânus não se submeteu nenhum procedimento cirúrgico complementar, enquanto o outro grupo teve colporrafia anterior, colporrafia posterior, cirurgias de correção de incontinência urinária, esfincteroplastia anal e salpingooforectomia bilateral.

Quadro 4 – Técnica operatória realizada

Autor	Operação (n)	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Tipo de tela	Tipo de fio	Procedimentos adicionais
Fox et al. 2000	SCP (29)	Corpo perineal	Politetrafluoroetileno 20x4 cm	Tereftalato de etileno	Burch – 9 (31%) SOB – 18 (62%) Correção cistocele – 3 (10%)
Marinkovic et al. 2003	SCP (12)	Corpo perineal	Politetrafluoroetileno 20x4 cm	Tereftalato de etileno	Correção cistocele – 3 (25%)
Ross et al. 2005	SCP (51)	Corpo perineal	Polipropileno	Polipropileno	Esfincteroplastia anal – 6 (12%) Colporrafia posterior – 19 (37%) Reparo paravaginal – 28 (55%) Burch – 46 (91%)
Ross et al. 2007	SCP (31)	Corpo perineal	Revestida de colágeno + <i>porcine dermis</i> distal	Polipropileno	<i>Sling</i> de uretra média – 19 (61%) Burch – 12 (38%) Reparo paravaginal – 9 (29%) Colpoplastia anterior com <i>porcine dermis</i> – 8 (25%)
Schariati et al. 2008	SCPP (77)	MLA	Polipropileno 6x15 cm + <i>porcine dermis</i> distal 4x12 cm	Politetrafluoretileno	-
Herraiz et al. 2015	SCP (14)	MLA	Polipropileno	Poliglactina 910	-

Legenda: SCP – sacrocolpopexia; SCPP – sacrocolpoperineopexia; SOB – salpingooforectomia bilateral; MLA – músculo levantador do ânus

Buscamos também identificar as características e antecedentes sexuais e obstétricos das mulheres submetidas à sacrocolpopexia (Quadro 5), detalhando o “n” amostral, idade, paridade, cirurgias prévias, tipo de POP e identificação das participantes que são sexualmente ativas. As amostras dos estudos variaram de 12 a 77 participantes, a idade variou entre 39 e 83 anos, a paridade variou de 1 a 9 e em todos os trabalhos as participantes apresentavam prolapso de cúpula vagina, portanto todas haviam sido submetidas à histerectomia prévia. Nem todos os autores avaliaram o histórico de atividade sexual das pacientes.

Quadro 5 – Características da população

Autor	n	Idade	Paridade	Cirurgia prévia	Tipo de POP	SA
Fox et al. 2000	29	57 (44-76)	2 (0-6)	Correção de prolapso – 2,6 (1-7)	Cúpula vaginal e retocele – 29 (100%) Cistocele – 3 (10%)	-
Marinkovic et al. 2003	12	60 (39-69)	-	-	Cúpula vaginal – 12 (100%)	7 (58%)
Ross et al. 2005	51	67 (41-83)	3 (1-9)	Histerectomia – 51 Colporrafia posterior – 33 Colporrafia anterior – 18 Correções de bexiga – 18	Cúpula vaginal – 51 (100%)	41 (80%)
Ross et al. 2007	31	61 (53-76)	-	Histerectomia – 31 HV – 7 (24%) HTA – 24 (76%) Correção de incontinência – 7 (23%) Reparo vaginal – 18 (58%)	Cúpula vaginal – 31 (100%)	-
Schariati et al. 2008	77	61,3	2	-	Cúpula vaginal – 77 (100%)	35 (46%)
Herraiz et al. 2015	14	59,2	2,4 (1-3)	Histerectomia – 14 (100%)	Cúpula vaginal – 14 (100%) Cistocele – 7 (50%) Retocele – 5 (35%)	

Legenda: POP – prolapso dos órgãos pélvicos; SA – sexualmente ativas; HV – histerectomia vaginal; HTA – histerectomia total abdominal.

Em relação aos sintomas urinários (Quadro 6), intestinais (Quadro 7), dispareunia (Quadro 8) e do POP propriamente dito (Quadro 9) é possível identificar de maneira detalhada os sintomas pré-operatório e após a cirurgia, quais foram recidivas e quais eram sintomas *denovo*, bem como perceber sua relação com o local de fixação do braço posterior da tela em cada um dos estudos.

Nas pacientes que relataram urgência, dificuldade para urinar, sensação de esvaziamento incompleto e incontinência urinária (IU), seja por esforço (IUE) ou de urgência (IUU), houve melhora dos sintomas. Dois trabalhos (um de cada grupo) não avaliaram sintomas urinários antes da sacrocolpopexia e um deles também não investigou esse sintoma após. Nesses foram relatados um caso de incontinência urinária de urgência e um de noctúria na fixação da tela no músculo levantador do ânus. Neste grupo também teve 3 casos novos de IU. Sintomas

urinários *denovo* também foram descritos nas pacientes que tiveram fixação da tela no corpo perineal – urgência (8) e IUE (2).

Quadro 6 – Sintomas urinários pré e pós-operatórios

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Sintoma pré-operatório	Sintoma pós-operatório	Sintoma <i>denovo</i>
Fox <i>et al.</i> 2000	29	Corpo perineal	IUE – 12 (41%) IUU – 12 (41%) Urgência – 12 (41%)	IUE – 9 (31%) IUU – 11 (38%) Urgência – 16 (55%)	Urgência – 4 (9%)
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	12	Corpo perineal	IUU – 2 (16%) Urgência – 3 (25%)	IUU – 2 (16%) Urgência – 3 (25%)	IUE – 1 (8%)
Ross <i>et al.</i> 2005	51	Corpo perineal	IUE – 45 (88%) Urgência – 23 (46%) Dificuldade para urinar – 16 (31%) Suporte vesical – 4 (14%)	IUE – 8 (18%) Urgência – 11 (26%) Dificuldade para urinar – 3 (7%)	IUE – 1 (2%) Urgência – 4 (9%)
Ross <i>et al.</i> 2007	31	Corpo perineal	-	-	-
Schariati <i>et al.</i> 2008	77	MLA	IUE – 48 (62%) IUU – 38 (49%) Esvaziamento incompleto – 48 (62%) Bexiga hiperativa – 48 (62%)	IUE – 3 (5%) IUU – 3 (5%) Esvaziamento incompleto – 1 (2%) Bexiga hiperativa – 4 (7%)	IU – 3 (5%)
Herraiz <i>et al.</i> 2015	14	MLA	-	-	IUU – 1 (7%) Noctúria – 1 (7%)

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus; IUE – incontinência urinária de esforço; IUU – incontinência urinária de urgência

Dos seis trabalhos, cinco investigaram os sintomas intestinais, dos quais os mais relatados foram constipação, sensação de evacuação incompleta, evacuação obstruída e necessidade de suporte retal para evacuar. O trabalho que fez a fixação no músculo levantador do ânus e que investigou sintomas intestinais, descreveu melhora completa dos sintomas de evacuação incompleta, esforço evacuatório, suporte retal para evacuar e sujidade na roupa íntima. Os trabalhos que fizeram fixação da tela no corpo perineal demonstraram melhora discreta dos sintomas relacionados à evacuação e poucos casos de sintomas intestinais *denovo*.

Quadro 7 – Sintomas intestinais pré e pós-operatórios

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Sintoma pré-operatório	Sintoma pós-operatório	Sintoma <i>denovo</i>
Fox et al. 2000	29	Corpo perineal	Constipação – 12 (41%) Evacuação incompleta – 7 (24%) Sujidade – 6 (21%)	Constipação – 15 (50%) Evacuação incompleta – 11 (36%) Sujidade – 3 (10%)	Constipação – 3 Evacuação incompleta – 4
Marinkovic et al. 2003	12	Corpo perineal	Digitação – 5 (41%)	Digitação – 1 (8%)	-
Ross et al. 2005	51	Corpo perineal	IF – 6 (12%) Suporte retal – 21 (41%) Evacuação obstruída – 24 (47%)	IF – 2 (5%) Suporte retal – 6 (14%) Evacuação obstruída – 8 (18%)	IF – 1 (2%) Suporte retal – 1 (2%) Evacuação obstruída – 2 (5%)
Ross et al. 2007	31	Corpo perineal	Suporte retal – 11 (35%) Evacuação obstruída – 15 (48%)	Suporte retal – 8 (26%) Evacuação obstruída – 6 (19%)	Suporte retal – 1 (3%) Evacuação obstruída – 1 (3%) Evacuação incompleta – 1 (3%)
Schariati et al. 2008	77	MLA	Evacuação incompleta – 56 (72%) Força para evacuar – 62 (80%) Suporte retal – 20 (26%) Sujidade – 35 (45%)	-	-
Herraiz et al. 2015	14	MLA	-	-	-

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus; IF – incontinência fecal

Nem todas as pacientes avaliadas eram sexualmente ativas, entretanto avaliou-se a prevalência de dispareunia e sua incidência após a sacrocolpopexia. A incidência dessa queixa foi semelhante entre os grupos, porém percebe-se melhora expressiva da dor à penetração após a realização da correção do prolapso da cúpula vaginal independentemente do local de fixação da tela.

Quadro 8 – Dispareunia pré e pós-operatória

Autor	SA/n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Sintoma pré-operatórios	Sintoma pós-operatórios	Sintoma <i>denovo</i>
Fox <i>et al.</i> 2000	29/29	Corpo perineal	Dispareunia – 11 (38%)	Dispareunia – 5 (17%)	-
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	7/12	Corpo perineal	Dispareunia – 2 (28%)	-	-
Ross <i>et al.</i> 2005	51/51	Corpo perineal	Dispareunia – 41 (81%)	Dispareunia – 17 (43%)	Dispareunia – 4 (9%)
Ross <i>et al.</i> 2007	25/31	Corpo perineal	Dispareunia – 25 (100%)	Dispareunia – 6 (24%)	Dispareunia – 1 (4%)
Schariati <i>et al.</i> 2008	35/77	MLA	-	-	Dispareunia – 5 (9%)
Herraiz <i>et al.</i> 2015	14/14	MLA	-	-	-

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus; SA – sexualmente ativa

Houve melhora expressiva da queixa de desconforto pela presença do POP e nenhum paciente teve recidiva clínica (percebida por ela mesma) do prolapso.

Quadro 9– Sintomas do POP pré e pós-operatórios

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Sintoma pré-operatório	Sintoma pós-operatório	Sintoma <i>denovo</i>
Fox <i>et al.</i> 2000	29	Corpo perineal	POP – 29 (100%)	POP – 3 (10%)	-
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	12	Corpo perineal	-	-	-
Ross <i>et al.</i> 2005	51	Corpo perineal	POP – 51 (100%)	-	-
Ross <i>et al.</i> 2007	31	Corpo perineal	POP – 31 (100%)	POP – 2 (7%)	-
Schariati <i>et al.</i> 2008	77	MLA	POP – 50 (65%)	POP – 3 (5%)	-
Herraiz <i>et al.</i> 2015	14	MLA	-	-	-

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus; POP – prolapso dos órgãos pélvicos.

Além disso, todos os estudos se preocuparam em estadiar o POP, seja da cúpula vaginal (Quadro 10), da parede vaginal anterior (Quadro 11) e da parede vaginal posterior (Quadro 12) antes da sacrocolpopexia, depois e identificar se houve o POP *denovo* dentre as participantes. Houve apenas 3 casos de surgimento de POP de parede vaginal anterior estágio 2 após a sacrocolpopexia com a fixação da tela no corpo perineal. Todas as pacientes

tiveram melhora expressiva do POP da cúpula vaginal e, quando persistiram com POP após a cirurgia foi com estadiamento menor do que o pré-cirúrgico.

Quadro 10 – Estadiamento do prolapso da cúpula vaginal

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Método	POP pré-operatório	POP pós-operatório	POP <i>denovo</i>
Fox et al. 2000	29	Corpo perineal	POP-Q	29 (100%) • Estádio 1 – 6 (20%) • Estádio 2 – 12 (40%) • Estádio 3 – 12 (43%)	8 (27%) • Estádio 1 – 8 (27%)	0
Marinkovic et al. 2003	12	Corpo perineal	POP-Q	12 (100%) • Estádio 2 – 5 (41%) • Estádio 3 – 7 (58%)	0	0
Ross et al. 2005	51	Corpo perineal	BW	51 (100%) • Grau II – 8 (16%) • Grau III – 24 (47%) • Grau IV – 19 (38%)	3 (5%)	0
Ross et al. 2007	31	Corpo perineal	POP-Q	31 (100%)	2 (6%)	0
Schariati et al. 2008	77	MLA	POP-Q	77 (100%)	0	0
Herraiz et al. 2015	14	MLA	BW	14 (100%)	0	0

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus POP-Q – quantificação do prolapso de órgão pélvico; BW – Baden-Walker;

Não foram todos os trabalhos que descreveram o POP de parede vaginal anterior e tampouco foram claros na descrição da existência ou não desse tipo de POP. Porém os que o relataram evidenciaram melhora do estadiamento no pós-operatório.

Quadro 11 – Estadiamento do prolapso da parede vaginal anterior

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Método	POP pré-operatório	POP pós-operatório	POP <i>denovo</i>
Fox et al. 2000	29	Corpo perineal	POP-Q	3 (10%) • Estádio 2 – 3 (10%)	0	0
Marinkovic et al. 2003	12	Corpo perineal	POP-Q	12 (100%) • Estádio 2 – 8 (67%) • Estádio 3 – 4 (33%)	1 (8%)	0
Ross et al. 2005	51	Corpo perineal	BW	-	10 (19%) • Grau II – 8 (19%) • Grau III – 2 (5%)	0
Ross et al. 2007	31	Corpo perineal	POP-Q	-	-	3 (9%) • Estádio 2 – 3 (9%)
Schariati et al. 2008	77	MLA	POP-Q	-	-	0
Herraiz et al. 2015	14	MLA	BW	-	0	0

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus POP-Q – quantificação do prolapso de órgão pélvico; BW – Baden-Walker;

Todos os trabalhos estadiaram o POP da parede vaginal posterior antes e após a sacrocolpopexia com importante melhora do estágio. Da mesma forma que o POP da cúpula vaginal, o de parede vaginal posterior quando mantido após a cirurgia teve estadiamento menor que o pré-operatório. Nenhuma paciente que teve a tela fixada no corpo perineal ou no músculo levantador do ânus teve POP da parede vaginal posterior *denovo*.

Quadro 12 – Estadiamento do prolapso da parede vaginal posterior

Autor	n	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Método	POP pré-operatório	POP pós-operatório	POP <i>denovo</i>
Fox et al. 2000	29	Corpo perineal	POP-Q	29 (100%) • Estádio 1 – 11 (36%) • Estádio 2 – 17 (57%) • Estádio 3 – 2 (7%)	2 (7%) • Estádio 1 – 2 (7%)	0
Marinkovic et al. 2003	12	Corpo perineal	POP-Q	12 (100%) • Estádio 2 – 5 (41%) • Estádio 3 – 7 (58%)	0	0
Ross et al. 2005	51	Corpo perineal	BW	51 (100%) • Grau II – 8 (16%) • Grau III – 24 (47%) • Grau IV – 19 (38%)	3 (5%)	0
Ross et al. 2007	31	Corpo perineal	POP-Q	31 (100%)	2 (6%)	0
Schariati et al. 2008	77	MLA	POP-Q	77 (100%)	0	0
Herraiz et al. 2015	14	MLA	BW	14 (100%)	0	0

Legenda: MLA – músculo levantador do ânus POP-Q – quantificação do prolapso de órgão pélvico; BW – Baden-Walker.

Complicações relacionadas à técnica (complicações intraoperatórias) e à tela (complicações pós-operatória) também foram avaliadas pelos autores. Dentre as que ocorreram durante o ato cirúrgico, a cistotomia foi a mais prevalente com seis casos, sendo 2 no grupo que teve a tela fixada no corpo perineal e 4 com a fixação no músculo levantador do ânus). Já a complicação tardia mais frequente foi a erosão da tela para a vagina que ocorreu em 12 pacientes (em 4 da fixação da tela no corpo perineal e em 8 no músculo levantador do ânus).

Quadro 13 – Outras complicações relatadas

Autor	Local de fixação do braço posterior da tela em Y	Complicação intraoperatória	Complicação pós-operatória
Fox <i>et al.</i> 2000	Corpo perineal	Cistotomia – 1	Infecção da tela – 1
Marinkovic <i>et al.</i> 2003	Corpo perineal	-	Erosão – 2
Ross <i>et al.</i> 2005	Corpo perineal	-	Erosão – 2
Ross <i>et al.</i> 2007	Corpo perineal	Cistotomia – 1	Dor na face interna da coxa – 1
Schariati <i>et al.</i> 2008	MLA	Cistotomia – 4 Enterectomia – 1	Erosão – 7
Herraiz <i>et al.</i> 2015	MLA	-	Erosão – 1

MLA – músculo levantador do ânus

5. DISCUSSÃO

Revisões sistemáticas são fontes com o melhor nível de evidência para identificar e corroborar com as avaliações e tratamentos usados na medicina e para ajudar na escolha do melhor a ser oferecido à paciente.

O defeito anatômico que leva ao prolapso de cúpula vaginal é a avulsão entre as fâscias retovaginal e pubocervical do suporte apical feito pelos ligamentos uterossacros e cardinais. A ideia em avaliar novas vias de acesso, surge da necessidade de realizar tratamento reconstrutivo, realizando reconexão de todos os componentes fasciais ao que antes era o anel cervical para manter o equilíbrio do assoalho pélvico – o que preveniria o prolapso da cúpula vaginal pós-histerectomia total. Assim, anatomicamente, o reparo deve ser feito em todos os 3 compartimentos do suporte do assoalho pélvico e o uso da tela vem do conhecimento que existe uma outra causa, além da avulsão fascial: a fraqueza da fâscia.

Por facilitar a visualização intra-abdominal das estruturas pélvicas, a via laparoscópica permite o tratamento direto e global do POP. Apesar de ser uma cirurgia muito realizada, ainda não temos uma quantidade expressiva de estudos clínicos randomizados com essa temática. E, os já realizados, possuem um curto tempo de seguimento e objetivos que não avaliam especificamente o melhor local para fixação do braço posterior da tela em Y na sacrocolpopexia considerando complicações intestinais, sexuais e dor.

Tradicionalmente, a escolha da técnica cirúrgica é baseada na experiência e preferência pessoal do ginecologista e não nas condições

anatômicas da paciente, o que dificulta a homogeneização para comparação das técnicas e qualidade dos estudos.¹¹ Além disso, dificilmente a paciente apresentará defeito em apenas uma das porções da sustentação vagina. Por isso, pensar em uma técnica cirúrgica que trate todos os compartimentos é fundamental para obter o sucesso do tratamento a longo prazo. Além da resolução anatômica, ao melhorarmos a sustentação de todos os compartimentos vaginais, obtemos melhora funcional do assoalho pélvico, com impacto positivo na função sexual, urinária e intestinal da paciente.

Essa revisão sistemática avaliou 6 artigos²²⁻²⁷ que investigaram a eficácia, satisfação e complicações relacionadas à sacrocolpopexia. Nesses estudos totalizaram 214 pacientes que já haviam sido submetidas à histerectomia total e, portanto, diagnosticadas com prolapso de cúpula vaginal. Dessas, 128 pacientes tiveram a tela fixada no corpo perineal e 91 no músculo levantador do ânus. Essas pacientes foram acompanhadas por um período de 6 semanas a 5 anos, porém sem uniformização do tempo de seguimento. As pacientes do grupo da fixação no corpo perineal também foram submetidas a outros procedimentos, como colporrafia anterior, correção de incontinência urinária pela via abdominal (Burch) e vaginal (*sling* de uretra média), colporrafia posterior, perineoplastia e esfínteroplastia anal. Já as do grupo da fixação no músculo levantador do ânus foram submetidas apenas à sacrocolpopexia.

Durante essa revisão pode-se perceber a dificuldade para encontrar artigos com os objetivos que foram propostos na nossa revisão, uma vez que o grande volume de artigos realizados para avaliar da correção do prolapso de cúpula vaginal, pela via abdominal, é com a sacrocolpopexia com a fixação da tela realizada nas paredes vaginais. Além disso, a grande totalidade dos estudos

busca avaliar a forma como a sacrocolpopexia é realizada - por laparotomia ou laparoscopia convencional ou robótica, não sendo o local da fixação da tela o objetivo principal do estudo.

Observamos também que a maioria dos estudos foca na resolução anatômica que a cirurgia proporciona, ou seja, se houve melhora significativa do estadiamento do POP-Q e qual a incidência de recorrência de POP. O que pudemos observar nessa revisão foi que a fixação da tela no músculo levantador do ânus foi realizada quando houve prolapso da parede vaginal posterior associados a sintomas intestinais relevantes. E a fixação no corpo perineal foi feita quando se diagnosticou rupturas do corpo perineal, bem como descenso perineal. Esses são sinais que fazem referência à Síndrome do Descenso Perineal, ainda pouco comentada nos artigos, mas que pode se manifestar com constipação, obstrução intestinal, sensação de esvaziamento intestinal incompleto e até necessidade de utilizar o dedo ou prensa abdominal para auxiliar na evacuação.

Em pacientes que fizeram a fixação do braço posterior da tela em Y no corpo perineal, o surgimento de sintomas intestinais em pacientes que não os referia antes do procedimento, apesar de ter uma incidência baixa, a sensação de evacuação obstruída e incompleta, necessidade de realizar suporte retal e queixa de incontinência fecal foram relatados em sete pacientes. Apesar disso, as pacientes que eram sintomáticas em relação à função intestinal e tiveram a fixação no músculo levantador do ânus, apresentaram melhora completa das queixas como evacuação incompleta, necessidade de realizar força ou suporte retal para evacuar e sujidade nas roupas íntimas.

Em relação aos sintomas sexuais, houve dificuldade na avaliação pelo fato de nem todas as participantes dos estudos terem vida sexual ativa e, mais importante ainda, não especificaram o motivo disso. É notório perceber que grande parte das mulheres do estudo queixavam-se de dispareunia e que houve uma melhora significativa desse sintoma no pós-operatório de ambas as técnicas de fixação da tela. Em relação ao surgimento de novas pacientes com esse sintoma, cinco pacientes submetidas à fixação da tela no corpo perineal tiveram dispareunia *de novo*, enquanto não houve essa queixa nas que tiveram a fixação da tela no músculo levantador do ânus de novo.

A erosão da tela para a vagina foi diagnosticada em 12 casos, sendo mais frequente no grupo da fixação no músculo levantador do ânus.

A dor pélvica não foi avaliada em nenhum dos trabalhos.

Assim, como não há estudo que avalie e compare a fixação do braço posterior da tela – vagina, corpo perineal ou músculo levantador do ânus, e como há falta de avaliação homogênea dos desfechos, propomos a realização de um estudo em que haja essa avaliação, a fim de comparar seus desfechos na melhora dos sintomas intestinais, dor pélvica e dispareunia, bem como o esperado da correção anatômica do prolapso e nas complicações.

Originalmente, o objetivo deste trabalho era avaliar estudos clínicos randomizados que avaliaram as complicações pós-operatórias na sacrocolpopexia, relacionadas ao local de fixação do braço posterior da tela, porém nenhum artigo foi encontrado para que pudéssemos responder a esse objetivo. Portanto, devido a inexistência de estudos clínicos randomizados que avaliaram esse aspecto topográfico da fixação, optou-se por repensar o objetivo do trabalho para aquilatar as complicações relacionadas à sacrocolpopexia,

especificamente quando se realiza a fixação da tela no corpo perineal e no músculo levantador do ânus.

Apesar de não termos encontrado nenhum estudo clínico randomizado controlado e haver poucos trabalhos que avaliaram a ocorrência de complicações intestinais, sexuais e dor pélvica relacionadas à fixação do braço posterior da tela na sacrocolpopexia, nosso trabalho pode contribuir com o estado atual de uma técnica cirúrgica considerada padrão-ouro para o tratamento do prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia. Novos estudos prospectivos devem ser realizados com o intuito de comparar os locais de fixação de tela sintética, bem como para determinar a incidência e prevalência de efeitos adversos.

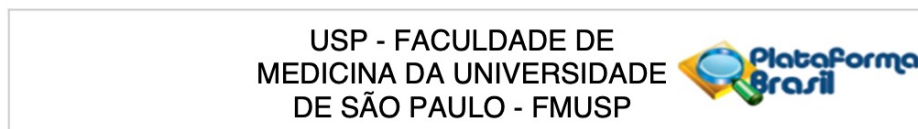
6. CONCLUSÕES

É possível concluir nessa revisão sistemática que:

- Foram relatadas poucas complicações relacionadas à fixação no corpo perineal ou no músculo levantador do ânus do braço posterior da tela em forma de “Y” na sacrocolpopexia;
- Nenhum estudo avaliou a prevalência de dor pélvica;
- A prevalência de dispareunia mostrou-se mais relevante quando a fixação foi realizada no corpo perineal;
- A prevalência de outras complicações, como erosão da tela, foi evidenciada nos dois grupos de forma semelhante.
- Não é possível afirmar nessa revisão que a escolha do local de fixação do braço posterior da tela tem relação com a prevalência de complicações pós-operatórias intestinais e dor pélvica;

Anexos

ANEXO A – Aprovação do comitê de ética e pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REVISÃO SISTEMÁTICA: O PONTO DE FIXAÇÃO DA TELA POSTERIOR NA SACROCOLOPOFIXAÇÃO TEM INFLUÊNCIA SOBRE EFEITOS ADVERSOS?

Pesquisador: Jorge Milhem Haddad

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13557719.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.371.778

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores se propõem a realizar uma revisão sistemática da literatura em busca de ensaios clínicos randomizados que possam esclarecer a influência do ponto de fixação da tela posterior na sacrocolopofixação sobre o aparecimento de efeitos adversos

Objetivo da Pesquisa:

Investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos em o período pós-operatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica a este tipo de estudo visto que não terá contato direto com pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A despeito da relevância da pesquisa, por se tratar de uma revisão sistemática da literatura não há necessidade de passar tal pesquisa pelo cunho deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considero aprovado o estudo

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br



Projeto de Pesquisa:
 REVISÃO SISTEMÁTICA: O PONTO DE FIXAÇÃO DA TELA POSTERIOR NA SACROCOLOPOFIXAÇÃO TEM INFLUÊNCIA SOBRE EFEITOS ADVERSOS?

Informações Preliminares

Responsável Principal

CPF/Documento: 094.402.068-29	Nome: Jorge Milhem Haddad
Telefone: 1126616647	E-mail: jorge_milhem@uol.com.br

Instituição Proponente

CNPJ: 63.025.530/0018-52	Nome da Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
--------------------------	---

É um estudo internacional? Não

■ **Assistentes**

CPF/Documento	Nome
071.791.179-94	Luiza Sviesk Sprung

■ **Equipe de Pesquisa**

CPF/Documento	Nome
826.230.828-04	Edmund Chada Baracat
334.961.478-73	Priscila Katsumi Matsuoka Locali

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

- Ciências Básicas

Título Público da Pesquisa: REVISÃO SISTEMÁTICA: O PONTO DE FIXAÇÃO DA TELA POSTERIOR NA SACROCOLOPOFIXAÇÃO TEM INFLUÊNCIA SOBRE EFEITOS ADVERSOS?

Contato Público

CPF/Documento	Nome	Telefone	E-mail
094.402.068-29	Jorge Milhem Haddad	1126616647	jorge_milhem@uol.com.br

Contato Científico: Priscila Katsumi Matsuoka Locali

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho:

Revisão sistemática da literatura para investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos em o período posoperatório

Apoio Financeiro

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
				Financiamento Próprio

Palavra Chave

Palavra-chave
prolapso, sacrocolpofixação, prolapso vaginal

Detalhamento do Estudo

Resumo:

Prolapso de órgão pélvico (POP) é uma herniação dos órgãos pélvicos pela vagina e com grande impacto na qualidade de vida, sexualidade e atividade física das mulheres [1,2]. O prolapso de caixa alta tem uma incidência cumulativa de 0,5% [4] e sacrocolpopexia é a abordagem mais apropriada para reconstruir o ápice vaginal em termos de tamanho, profundidade e posição [5]. A sacrocolpopexia é considerada o padrão ouro do tratamento cirúrgico do prolapso da cúpula vaginal [6]. No entanto, apesar de ser um método bem estabelecido, a sacrocolpopexia não é isenta de complicações e deve ser assegurado que o paciente compreenda que há riscos de recidiva. prolapso, extrusão de tela, dor pélvica crônica e dispareunia e alterações na fisiologia da defecação [4, 5]. O objetivo primário deste estudo é realizar uma revisão sistemática da literatura para investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos no pós-operatório. Nessa revisão sistemática da literatura foram incluídos apenas ensaios controlados randomizados que analisaram mulheres adultas submetidas a sacrocolpopexia abdominal, retopexia e pectopexia, por laparotomia, laparoscopia ou cirurgia robótica, com tela sintética ou biológica e diferentes tipos e pontos de sutura para correção do apical. prolapso e / ou da parede vaginal posterior. Existem poucos ensaios clínicos randomizados que avaliam a influência da colocação posterior da tela na sacrocolpopexia e avaliar objetivamente as complicações como dor pélvica, dispareunia e constipação. Além disso, ensaios clínicos randomizados, incluindo estudos que testam diferentes pontos de fixação de malha, são necessários.

Introdução:

Prolapso de órgão pélvico (POP) é uma herniação dos órgãos pélvicos através da vagina e com grande impacto na qualidade de vida, sexualidade e atividade física das mulheres [1,2]. A prevalência de POP varia de acordo com a definição usada para gradua-la - se classificada com base nos sintomas, a prevalência é de 3 a 6% em comparação com 41 a 50% quando baseada no exame POP-Q [2]. O prolapso do compartimento anterior é o mais comum e três vezes mais frequente do que o prolapso apical. O prolapso de abóbada tem uma incidência cumulativa de 0,5% [4] e a sacrocolpopexia é a abordagem mais apropriada para reconstruir o ápice vaginal em termos de tamanho, profundidade e posição [5]. A sacrocolpopexia é considerada o padrão ouro do tratamento cirúrgico do prolapso da cúpula vaginal [6]. A técnica consiste em fixar uma tela de polipropileno "em forma de Y" nas superfícies anterior e posterior da vagina, após cuidadosa preparação da vagina para o manejo da cistocele e retoccele [5], e fixá-la na seção longitudinal do ligamento anterior do promontório sacral [7]. A sacrocolpopexia abdominal (ASCP) é a técnica utilizada mais comum [4], mas a abordagem laparoscópica (LSCP) apresenta vantagens como menor morbidade, tempo de internação hospitalar, perda sanguínea perioperatória e morbidade [4]. O LS apresenta limitações devido à curva de aprendizado e a cirurgia robótica (RS) parece facilitar procedimentos de maior dificuldade técnica [3]. Entretanto, apesar de ser um método bem estabelecido, a sacrocolpopexia não é isenta de complicações e deve ser assegurado que o paciente compreenda riscos de recorrência do prolapso, extrusão de tela, dor pélvica crônica e dispareunia e alterações na fisiologia da defecação. 4, 5]. Portanto, o objetivo primário deste estudo é realizar uma revisão sistemática da literatura para investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos em o período pós-operatório. O objetivo secundário é verificar a eficácia da própria cirurgia, se o material da tela, o tipo e o local da sutura e a técnica utilizada influenciarem também na eficácia e efeitos adversos no período pós-operatório.

Hipótese:

Menor efeito colateral nas fixações realizadas na parede vaginal posterior

Objetivo Primário:

O objetivo primário deste estudo é realizar uma revisão sistemática da literatura para investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos em o período pós-operatório.

Metodologia Proposta:

Após submissão e aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Departamento de Obstetria e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa (CEP-FMUSP), será realizada revisão sistemática da literatura de estudos controlados e randomizados (ECR) de mulheres com prolapso de cúpula vaginal submetidas à sacrocolpofixação por via abdominal.

O tipo de intervenção buscado nesses ECR foi a sacrocolpofixação pela via abdominal, seja ela laparotomia, videolaparoscopia ou cirurgia robótica, com colocação de tela sintética ou biológica e de diferentes tipos de fios de sutura.

Realizar-se-á sistematicamente as bases de dados da PubMed®, Biblioteca Cochrane® e Lilacs®. Para isso, empregaremos uma estratégia de busca com alta sensibilidade e baixa especificidade, formulada a partir de descritores e sinônimos de colposacropexia, reparo de prolapso, cirurgia ginecológica e prolapso de órgão pélvico e essa estratégia foi modificada segundo os requisitos de levantamento adotado por cada base de dados. Dois pesquisadores realizarão a coleta de dados e sua análise independentemente e os estudos selecionados foram analisados metodologicamente.

Data de Submissão do Projeto: 06/05/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291561.pdf

Versão do Projeto: 1

Em todos os estudos identificados pela estratégia de busca, em cada base de dados, será realizada uma triagem inicial dos mesmos, por meio das informações contidas nos seus títulos e resumos, agrupando-os em selecionados e não selecionados. Isso visará à seleção inicial dos estudos que, potencialmente, poderiam ser incluídos. No entanto, naqueles estudos em que não será possível realizar esse procedimento a partir das informações apresentadas no título e resumo, analisaremos a sua versão completa, e, em seguida, sua seleção ou não.

A técnica de mascaramento dos grupos em cada estudo primário, assim como os critérios utilizados para seguimento e perda do seguimento dos pacientes não serão quesitos considerados para a inclusão ou exclusão. Aqueles estudos cujo desenho de pesquisa não se enquadraram nesses critérios, como estudos controlados não randomizados, quasi-randomizados, estudos pilotos, estudos de coorte, estudos caso-controle, estudos retrospectivos não controlados, revisões narrativas e sistemáticas da literatura, relatos de caso, séries de casos, cartas, breve comunicação, estudos em animais de experimentação e protocolos de pesquisa serão excluídos.

Os desfechos clínicos avaliados serão a recorrência do prolapso de cúpula vaginal, tipo de tela e fio de sutura utilizados, exposição da tela, tempo operatório, perda sanguínea no ato cirúrgico, incidência de dor pélvica e alterações na função sexual, bem como urinária e evacuatória.

Todos os estudos selecionados serão revistos na apresentação completa e, após análise da metodologia e, segundo os critérios de inclusão estipulados, serão incluídos ou excluídos. Além disso, todos os estudos selecionados terão suas referências analisadas a fim de elevar a sensibilidade da revisão sistemática. Com o mesmo intuito, os artigos relacionados a cada estudo selecionado, disponibilizados por cada base de dados, também serão revistos.

Os estudos selecionados serão avaliados por dois pesquisadores, utilizando a técnica desenvolvida por Jadad et al, sendo que a avaliação da qualidade metodológica foi utilizada como um preditor da força de evidência individual e não como critério de inclusão ou exclusão do estudo nesta revisão.

Critério de Inclusão:

Serão selecionados para análise apenas estudos randomizados que comparavam sacrocolpopexia, para tratamento de prolapso de cúpula vaginal, por laparotomia, laparoscopia ou robótica.

Critério de Exclusão:

Estudos não randomizados sobre o mesmo assunto ou que utilizavam outro tipo de técnica que não a via abdominal.

Riscos:

Não se aplica.

Benefícios:

Investigar se a colocação da tela após a dissecação posterior (parede vaginal posterior, músculo elevador ou corpo perineal) utilizando técnicas abdominais de sacrocolpopexia tem influência nos efeitos adversos no período pós-operatório.

Metodologia de Análise de Dados:

Dois pesquisadores avaliarão os estudos selecionados usando a técnica desenvolvida por Jadad Score e Oxford nível de evidência nível de versão 1. A avaliação da qualidade metodológica será usada como um preditor da força de evidência do indivíduo e não como um critério de inclusão ou exclusão do estudo nesta revisão.

Desfecho Primário:

Existem alguns ensaios clínicos randomizados que avaliam a influência da colocação posterior da tela na sacrocolpopexia e avaliam objetivamente as complicações como dor pélvica, dispareunia e constipação. Além disso, ensaios clínicos randomizados, incluindo estudos que testam diferentes pontos de fixação de malha, são necessários.

Tamanho da Amostra no Brasil: 9

Data do Primeiro Recrutamento: 12/06/2019

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da pesquisa
Sim	BRASIL	9

Outras informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Não

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

9

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Sacrocolpopexia	9	levantamento de dados

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Não

Propõe dispensa do TCLE?

Sim

Justificativa:

Reviso sistematica da literatura.

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Não

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Coleta de artigos	12/04/2019	12/05/2019
levantamento prévio da bibliografia	04/02/2019	27/02/2019
Seleção dos artigos	12/05/2019	12/06/2019

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Impressão de artigos	Capital	R\$ 500,00
Total em R\$		R\$ 500,00

Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador:

Os custos do projeto sero arcados pelo pesquisador executante.

Bibliografia:

1.Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. Lancet. 2007;369:102738. 2.Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J [Internet]. 2013 Nov [cited 2013 Nov 3];24(11):178390. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142054>. 3.Laparoscopic Compared With Robotic Sacrocolpopexy for Vaginal Prolapse A Randomized Controlled Trial Marie Fidela R. Paraiso, MD, J. Eric Jelovsek, MD, Anna Frick, MD, MPH, Chi Chung Grace Chen, MD, and Matthew D. Barber, MD, MHS (Obstet Gynecol 2011;118:100513) DOI: 10.1097/AOG.0b013e318231537c. 4.A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. R. M. Freeman & K. Pantazis & A. Thomson & J. Frappell & L. Bombieri & P. Moran & M. Slack & P. Scott & M. Waterfield. Int Urogynecol J (2013) 24:377384. 5.Laparoscopic Pectopexy:A Prospective, Randomized, Comparative Clinical Trial of Standard Laparoscopic Sacral Colpocervicopexy with the New Laparoscopic PectopexyPostoperative Results and Intermediate-Term Follow-Up in a Pilot Study. No KG1, Schiermeier S, Alkatout I, Anapolski M. J Endourol. 2015 Feb;29(2):210-5. doi: 10.1089/end.2014.0413. Epub 2014 Nov 20. 6.Randomized trial of fascia lata and polypropylene mesh for abdominal sacrocolpopexy: 5-year follow-up. Susan B. Tate & Linda Blackwell & Douglas J. Lorenz & Margaret M. Steptoe & Patrick J. Culligan Int Urogynecol J (2011) 22:137143 DOI 10.1007/s00192-010-1249-3. 7.A randomized trial of vaginal mesh attachment techniques for minimally invasive sacrocolpopexy. Jasmine Tan-Kim & Charles W. Nager & Cara L. Grimes & Karl M. Luber & Emily S. Lukacz & Heidi W. Brown & Kimberly L. Ferrante & Keisha Y. Dyer & Anna C. Kirby & Shawn A. Menefee Int Urogynecol J (2015) 26:649656 DOI 10.1007/s00192-014-2566-8. 8.Evaluation and Treatment of Dyspareunia. John F. Steege, Dennis A. Zolnoun. Obstetrics & Gynecology. 113(5):1124-1136, MAY 2009. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181a1ba2a. 9.Functional results two years after laparoscopic rectopexy.Stephane Benoist, M.D., Nick Taffinder, M.A., Stuart Gould, FRCS, Avril Chang,Ara Darzi, The American Journal of Surgery 182 (2001) 168173 13. Twenty years of laparoscopic sacrocolpopexy: where are we now? Boris Gabriel & Joseph Nassif & Sonia Barata & Arnaud Wattiez Int Urogynecol J (2011) 22:11651169 DOI 10.1007/s00192-011-1361-z 14. Int Urogynecol J (2013) 24:18151833 DOI 10.1007/s00192-013-2172-1 110 Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L et al (2004) Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. Obstet Gynecol 104(4):805823 111. Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM (2010) Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 4, CD004014

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
------	---------

Data de Submissão do Projeto: 06/05/2019

Nome do Arquivo:PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291561.pdf

Versão do Projeto: 1

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final.doc
Outros	aprovacao_cep.pdf
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf
Outros	cadastroonline.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	isencao_TCLE.pdf

Finalizar

Manter sigilo da integra do projeto de pesquisa: Sim
Prazo: Até a publicação dos resultados

Referências bibliográficas

1. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet*. 2007; 24;369(9566):1027-38.
2. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo SFM, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani A, Moran P, Schaer GN, Withagen MI. International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016; 27(2):165-194.
3. DeLancey JO. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. *Clin Obstet Gynecol*. 1993;36(4):897-909.
4. Dietz, H. P. The aetiology of prolapse. *International Urogynecology Journal*. 2008;19(10), 1323–1329.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Larskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization os terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet GYNECOL*. 1996;175 (1):10-7
6. Coolen, AL.W.M., Bui, B.N., Dietz, V. et al. The treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2017;28, 1767–1783.
7. Wattiez A, Mashiach R, Donoso M. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2003;15(4):315-9.
8. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;1;10(10):CD012376.
9. Lane, FE. Repair of Posthysterectomy Vaginal-Vault Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 1962. 20(1), 72–77.
10. Huebner M, Krzonkalla M, Tunn R. Abdominal Sacrocolpopexy – Standardized Surgical Technique, Perioperative Management and Outcome in Women with Posthysterectomy Vaginal Vault Prolapse. *Gynäkologisch-Geburtshilffliche Rundschau*. 2009; 49(4), 308–314.
11. Branco AW, Kondo W, Garcia MJ, Hamasaki CI, Garcia GJ. Técnica Cirúrgica de Sacrocolpopexia Laparoscópica. *Rev bras videocir*. 2007; 5(1): 39-44.
12. Ploumidis A, Spinoit A-F, Naeyer GD, Schatteman P, Gan M, Ficarra V, Mottrie A. Robot-assisted Sacrocolpopexy for Pelvic Organ Prolapse: Surgical Technique and Outcomes at a Single High-volume Institution. *European Urology*. 2014; 65(1), 138–145.
13. Cundiff GW, Harris RL, Coates K, Low VH, Bump RC, Addison WA. Abdominal sacral colpoperineopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(6):1345-53.
14. Luque JB, Padilla JL, Moreno JG. *et al*. Three years prospective clinical and radiologic follow-up of laparoscopic sacrocolpoperineopexy. *Surg Endosc*. 2020.
15. Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, Dwyer PL, Fattouh B, Kocjancic E, Lee J, Maher C, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN, Webb R. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of

- prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(1):2-12.
16. Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021; 372:n71
 17. Pacheco RL, Latorraca COC, Martimbianco ALC, Pachito DV, Riera R. PROSPERO: base de registro de protocolos de revisões sistemáticas. Estudo descritivo. *Diagn Tratamento.* 2018;23(3):101-4.
 18. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007. 15;7:16.
 19. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng H-Y, Corbett MS, Eldridge SM, Hernán MA, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart LA, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019; **366**: l4898.
 20. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, Henry D, Altman DG, Ansari MT, Boutron I, Carpenter JR, Chan AW, Churchill R, Deeks JJ, Hróbjartsson A, Kirkham J, Jüni P, Loke YK, Pigott TD, Ramsay CR, Regidor D, Rothstein HR, Sandhu L, Santaguida PL, Schünemann HJ, Shea B, Shrier I, Tugwell P, Turner L, Valentine JC, Waddington H, Waters E, Wells GA, Whiting PF, Higgins JPT. [ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions.](#)
 21. Locali PM, Locali R, Pacetta A, Baraca EC, Haddad JM. The efficacy and safety of urethral injection therapy for urinary incontinence in women: A systematic review. *Clinics.* 2016;70. 94-100.
 22. Fox, S. D., & Stanton, S. L. (2000). Vault prolapse and rectocele: assessment of repair using sacrocolpopexy with mesh interposition. *BJOG*, 107(11), 1371–1375. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-11117764>
 23. Marinkovic, S. P., & Stanton, S. L. (2003). Triple compartment prolapse: Sacrocolpopexy with anterior and posterior mesh extensions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(3), 323–326. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.01057.x>
 24. Ross, J. W., & Preston, M. (2005). Laparoscopic sacrocolpopexy for severe vaginal vault prolapse: Five-year outcome. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 12(3), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2005.03.017>
 25. Ross, J. W. (2007). The use of a xenogenic barrier to prevent mesh erosion with laparoscopic sacrocolpopexy. *J Minim Invasive Gynecol*, 14(4), 470–474. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-17630165>
 26. Shariati, A., MacEda, J. S., & Hale, D. S. (2008). Da Vinci assisted laparoscopic sacrocolpopexy: Surgical technique on a cohort of 77 patients. *Journal of Pelvic Medicine and Surgery*, 14(3), 163–171. <https://doi.org/10.1097/SPV.0b013e3181772d25>
 27. Herraiz, J. L., Lluca, J. A., Catala, C., Oliva, C., Serra, A., Mestre, J., & Calpe, E. (2015). Laparoscopic sacrocolpopexy with “y” wide-pore mesh and helical titanium anchorages for the treatment of vaginal vault prolapse. *Progresos de Obstetricia y Ginecologia*, 58(5), 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.12.005>