

Rotinas no atendimento de mulheres com Prolapso Genital

versão 2023.2

Contents

Atendimento da paciente no Ambulatório Primeira consulta	1
Formulários	2
Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP)	2
Atendimento inicial	2
Anamnese da paciente com POP	3
Fatores de risco:	3
Terminologia	3
Sintomas Associados ao prolapso dos órgãos pélvicos	3
Exame físico	3
POP-Q	4
Pontos do POP-Q	4
Estadiamento dos prolapsos (POP-Q)	5
Exemplos	5
Avaliação funcional do assoalho pélvico	7
Pacientes com indicação cirúrgica	7
Antes da internação cirúrgica	8
Durante a internação cirúrgica	8
Tratamento cirúrgico para o prolapso genital	8
Revisão cirúrgica	8
Revisão clínica	9
REFERÊNCIAS	9

Atendimento da paciente no Ambulatório Primeira consulta

Todas as pacientes com diagnóstico de **prolapso genital** são convidadas a participar do projeto de pesquisa “**Fatores de Risco, Diagnóstico, Tratamento e Prognóstico do Prolapso Genital e Incontinência Urinária Feminina**”. Caso aceitem, devem ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os formulários da pesquisa.

Durante o atendimento, os dados da consulta e da pesquisa são inseridos na **plataforma REDCap**, através do link: REDCap e cadastrar no projeto **ImPOP**.

Formulários

Todos os formulários abaixo devem ser preenchidos na primeira consulta:

- Cadastro
- Anamnese
- Exame físico
- Tratamento proposto
- Questionários de autopreenchimento e TCLE (são entregues às pacientes pela recepcionista e preenchidos antes da consulta):
 - Questionário de impacto no assoalho pélvico (PFIQ-7)
 - Questionário de incontinência urinária (ICIQ-SF)
 - Questionário de qualidade do sono (ISI e/ou Pittsburgh)
 - Questionário de função sexual na mulher (FSFI-6)

Após inserir todas as informações no banco de dados, preencher o prontuário eletrônico (MV) com as informações importantes da consulta (lembrar que nem todos terão acesso ao REDCap, pois este é apenas para fins de pesquisa)

Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP)

O POP é uma protusão, ou herniação, dos órgãos pélvicos através da vagina. Pode acometer um ou mais sítios da vagina e tecidos de sustentação. São divididos em:

- Parede **anterior** da vagina (cistocele)
- Parede **posterior** da vagina (retocele)
- Compartimento **apical** (útero ou cúpula vaginal)

Obs: Os termos *cistocele* e *retocele* não são utilizados no nosso ambulatório, porém são encontrados em diversos textos na literatura médica.

Os defeitos dos ligamentos e da fáscia foram descritos por Delancey[1] e divididos em três níveis, de acordo com seu acometimento:

- **Nível 1** - suporte do terço superior da vagina e do colo uterino pelo complexo ligamentar pericervical, principalmente pelos ligamentos uterossacros.
- **Nível 2** - suporte lateral do canal vaginal com sua inserção no arco tendíneo da fáscia pélvica (ATFP) e no arco tendíneo do músculo levantador do ânus.
- **Nível 3** - compreende as conexões entre as membranas perineais e as fáscias do corpo perineal que sustentam o terço distal da vagina.

Atendimento inicial

- Anamnese
- HPP
- HGO
- Exame físico
- Tratamento proposto

Anamnese da paciente com POP

Alguns fatores podem melhorar o prolapso, como ficar deitada, outros podem piorar, como pegar peso.

Fatores de risco:

- **Demográficos:** idade e pós-menopausa
- **Obstétricos:** paridade, parto vaginal e fórceps
- **Cirurgias pélvicas:** histerectomia, cirurgias prévias para prolapso, colposuspensão
- **Disfunção intestinal:** Constipação crônica, dificuldades na defecação
- **Doenças do colágeno:** Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos
- **Estilo de vida:** Obesidade, tabagismo (DPOC), exercícios de alto impacto (aumento da pressão abdominal), profissional (trabalho manual com peso excessivo)
- **Genético:** História familiar, raça branca e asiática

Terminologia

Padronização de acordo com relatório conjunto da Associação Internacional de Uroginecologia (International Urogynecological Association – IUGA) e Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society – ICS), adotada em 2009.[2]

Sintomas Associados ao prolapso dos órgãos pélvicos

1. **Abaulamento vesical (“bola na vagina”):** sensação de prolapso na altura do intróito vaginal ou se exteriorizando por este, podendo ser percebido visualmente ou pela palpação da paciente;
2. **Pressão pélvica:** aumento da sensação de peso na área suprapúbica e/ou pélvica;
3. **Sangramento, secreção, infecção:** queixa de sangramento, secreção ou infecção relacionada à presença de ulceração no prolapso;
4. **Apoio/digitação:** necessidade de reduzir digital ou manualmente o prolapso para auxiliar na micção; e
5. **Dor lombar:** Associação da dor ao aparecimento do prolapso.

Exame físico

Queixas de incontinência urinária de esforço - fazer o teste da tosse em com a paciente em pé e com a bexiga “confortavelmente” cheia (avaliar a perda em até três tosses);

Avaliação de pacientes com prolapso:

- Preferencialmente deitada, porém se não for evidenciado o prolapso, deve ser feito o exame a paciente em pé.
- Utilizar o **POP-Q**
 - Medir primeiro: os pontos **Aa,Ba,C,Ap,Bp e D** (se aplicável) com a paciente realizando manobra de valsava
 - A seguir, **hiato genital e corpo perineal**
 - Por fim, reduzir o prolapso e medir o **comprimento total da vagina**.

POP-Q

Os prolapso serão classificados de acordo com o *Pelvic Organ Quantification System* (POP-Q), sistema padronizado adotado pelos membros da ICS, *American Urogynecology Society* (AUGUS) e da *Society of Gynecologic Surgeons* (SGS).[3,4]

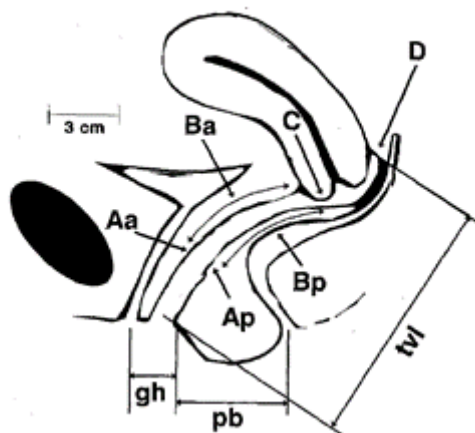


Figure 1: Pontos e medidas do POP-Q; Fonte: Bump, 1996

Pontos do POP-Q

C: Cérvix ou Colo; **HG:** Hiato Genital; **CP:** Corpo Perineal; **CTV:** Comprimento Vaginal Total; **D:** Fórnice vaginal posterior (ausente em mulheres hysterectomizadas).

Esse sistema utiliza o anel himenal como ponto fixo de referência, sendo este o **ponto zero**. Toda estrutura que se encontra acima (direção cranial - proximal), recebe um valor negativo e toda estrutura abaixo (caudal - distal) recebe valores positivos.

São utilizados seis pontos de referência para realizar as medidas:

Aa: ponto situado na linha média da parede anterior da vagina, a 3 cm do óstio uretral. Coincide com a junção uretrovesical (colo vesical). Esse ponto pode variar de **-3 a +3**, por definição.

Ba: também na parede anterior da vagina, corresponde ao ponto mais distal da parede anterior da vagina. Portanto, é um ponto variável, que pode ser encontrado desde o ponto Aa até o fórnix anterior da vagina ou cúpula vaginal (quando não houver útero). Este ponto, por definição, corresponde a **-3** (coincide com ponto Aa) na ausência de prolapso e coincide com o ponto C nas mulheres com prolapso completo.

C: corresponde ao ponto mais distal (também variável) do limite do colo uterino ou cúpula vaginal (ausência do útero).

D: corresponde ao ponto mais distal do fórnix posterior (fundo-de-saco de **Douglas**). Representa o ponto de inserção, no útero, dos ligamentos uterossacos. Este ponto é omitido quando a paciente não tem útero.

Obs: Esse ponto tem importância na diferenciação entre o alongamento hipertrófico do colo uterino e defeitos apicais. Pois quando há uma diferença maior do que 4 cm entre este e o ponto C, temos uma indicação de alongamento do colo uterino.

Ap: localizado linha média da parede posterior da vagina, análogo ao ponto Aa, situa-se a 3 cm do anel himenal. Podendo variar de **-3 a +3**.

Bp: Na parede posterior da vagina, configura-se o ponto mais distal desta, podendo variar do ponto Ap ao fórnix posterior da vagina. Por definição, na ausência de prolapso seu valor é **-3**.

HG (*genital hiatus*): Hiato genital, medida de valor absoluto, é medido tomando-se como referência o ponto central do meato uretral estendendo-se até a porção posterior do anel himenal ou início do corpo perineal, quando aquele não pode ser identificado.

CP (*perineal body*): Corpo perineal, medida também de valor absoluto, é aferido a partir do fim do hiato genital até a porção mediana do orifício anal.

CTV (*total vaginal length*): comprimento total da vagina, é a medida da maior profundidade da vagina em centímetros, após a redução do prolapso.

Estadiamento dos prolapso (POP-Q)

Estágio	Medidas do POP-Q
ZERO	Ausência de prolapso
I	Quando a medida está 1 cm ou mais acima do anel himenal
II	Quando a medida está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do anel himenal
II	Quando a medida está 1 cm abaixo do anel himenal, porém menor do que 2 cm do comprimento total da vagina (CTV - 2cm)
IV	Quando a medida está entre 2 cm do comprimento total da vagina e a sua eversão completa (CTV \pm 2cm)

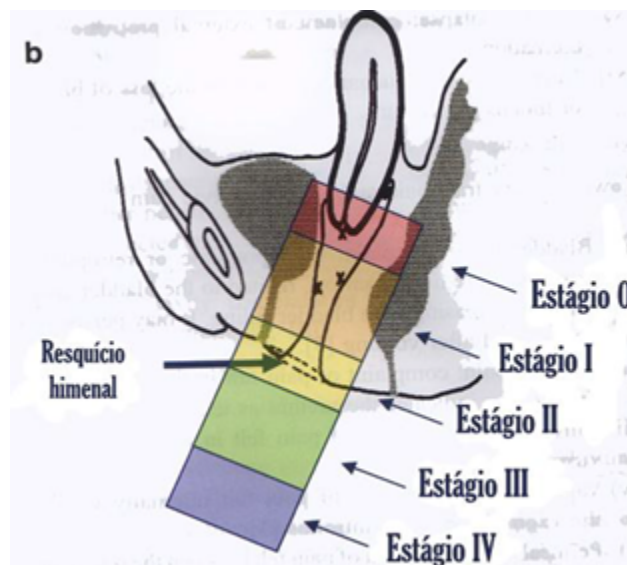


Figure 2: Estadiamento do prolapso genital; Fonte: Madhu, 2018

Exemplos

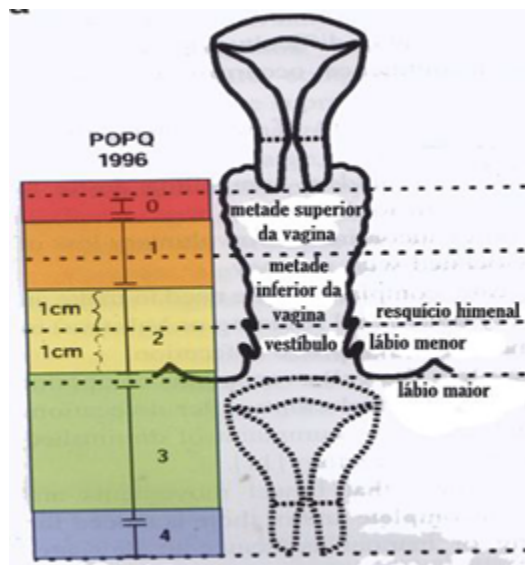


Figure 3: Estadiamento do prolapso genital; Fonte: Madhu, 2018

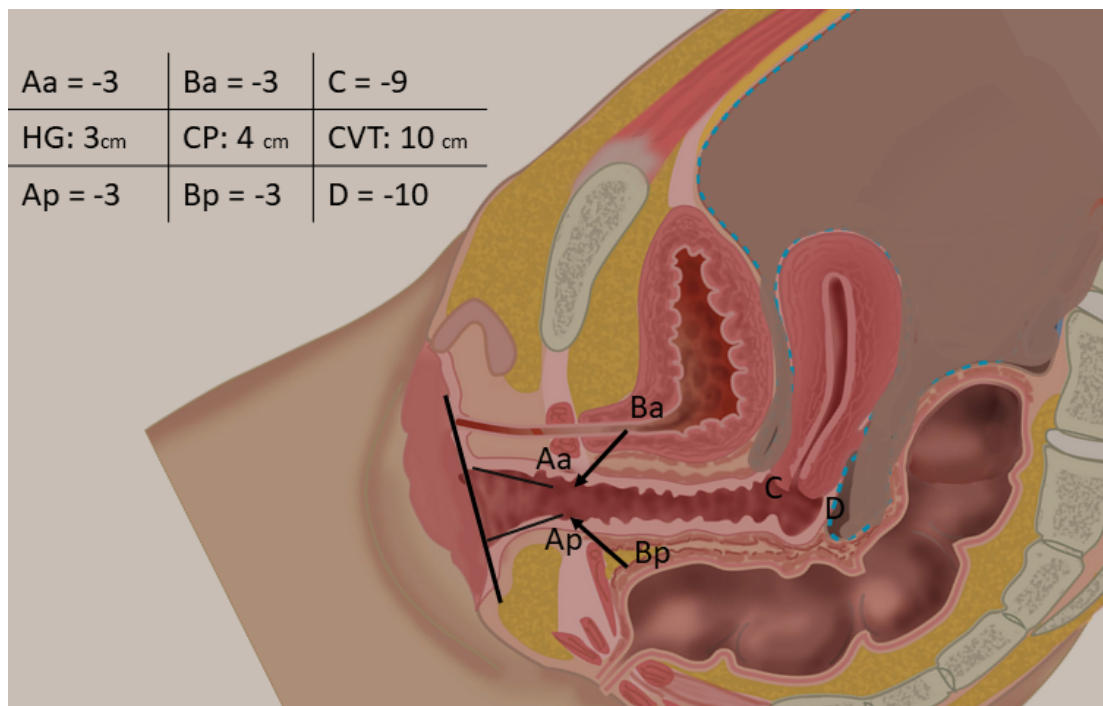


Figure 4: Medidas com as estruturas pélvicas na posição normal

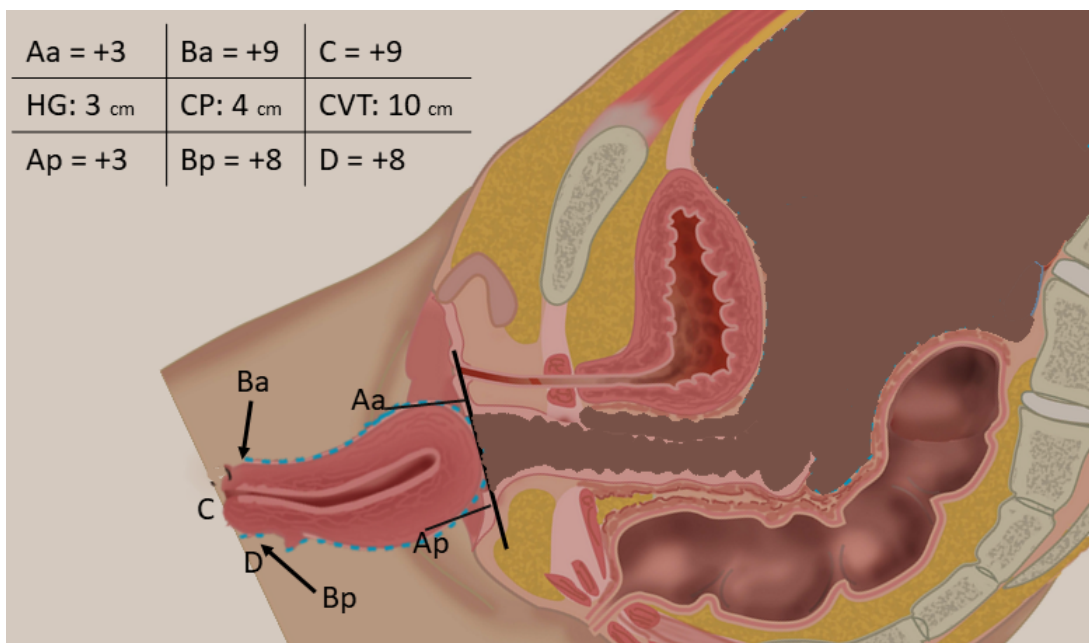


Figure 5: Medidas no prolapso genital completo

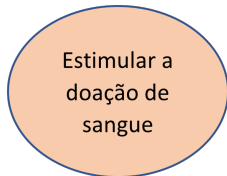
Avaliação funcional do assoalho pélvico

Grau	Função
ZERO	Sem função, nem mesmo à palpação
1	Função objetiva ausente, reconhecida somente à palpação
2	Função objetiva débil, reconhecida à palpação
3	Função objetiva e resistência opositora, não mantida à palpação
4	Função objetiva e resistência mantida à palpação por mais de 5 segundos

Pacientes com indicação cirúrgica

- Solicitar exames pré-operatórios (*atualmente os exames são solicitados quando chamamos a paciente para cirurgia*)
- Sangue e urina:
 - Hemograma
 - Uréia e creatinina
 - Na⁺ e K⁺
 - Glicemia
 - Hb glicada para DM
 - EAS
 - Cultura de urina
- Imagens
 - Rx tórax PA e perfil
 - US de vias urinárias (prolapsos estágio IV)
 - Estudo urodinâmico (situações especiais)

- Histeroscopia (sangramento uterino anormal ou espessamento endometrial)
- Risco cirúrgico
- Inserir na fila de cirurgias do serviço (*Google forms*)
- Explicar para a paciente os detalhes da cirurgia indicada e entregar o **consentimento informado** (a paciente deve levar para casa preenchido e assinado pelo médico, em duas vias, e trazer no dia da internação assinado).
- **Obs:** Em caso de dúvidas, pode retornar ao ambulatório ou comparecer ao setor de Ginecologia.



Antes da internação cirúrgica

- Ligar para a paciente e verificar se tem exames em dia.
- Caso não tenha, solicitar que compareça ao hospital para pegar o pedido de exames e marcar consulta pelo serviço de *Teleconsulta* do risco cirúrgico.
- Os resultados serão enviados para o e-mail do serviço.

Durante a internação cirúrgica

- Verificar se **assinou o consentimento informado** (entregue durante a consulta do ambulatório) e anexar ao prontuário
- Pacientes submetidas a cirurgia (preencher no REDCap):
 - Formulário “Pós-operatório” (deve ser preenchido após a cirurgia e ainda durante a internação);

Tratamento cirúrgico para o prolapso genital

EM REVISÃO

Revisão cirúrgica

- Primeira revisão entre 20 e 30 dias (casos excepcionais devem ser avaliados individualmente)
- Verificar laudo histopatológico
- Orientar a pegar laudo histopatológico (se aplicável) 30 dias após a cirurgia
- Revisão da cirurgia (preencher no REDCap e MV): devem ser preenchidas em 6, 12 e 24 meses após a cirurgia todas as informações abaixo:
 - Formulário no REDCap de Revisão da cirurgia; e
 - Reaplicar os questionários:
 1. de impacto no assoalho pélvico (PFIQ-7)
 2. de incontinência urinária (ICIQ-SF)
 3. de qualidade do sono (ISI)
 4. de função sexual na mulher (FSFI-6)

Revisão clínica

- Reavaliar tratamento de acordo com a doença;
- Caso seja indicada cirurgia, verificar se tem cadastro no REDCap. Caso positivo, atualizar dados; se negativo, inserir no banco como novo cadastro.

REFERÊNCIAS

- [1] DeLancey JO. Anatomie aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992;166:1717–28.
- [2] Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics* 2009;29:4–20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>.
- [3] Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourology and Urodynamics* 2018;37:S39–43. <https://doi.org/10.1002/nau.23740>.
- [4] Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;175:10–7. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70243-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70243-0).