

# BMJ Best Practice

## Prolapso uterino

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Critérios de diagnóstico	10
<b>Tratamento</b>	<b>12</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	15
Novidades	19
<b>Acompanhamento</b>	<b>20</b>
Recomendações	20
Complicações	20
Prognóstico	21
<b>Diretrizes</b>	<b>22</b>
Diretrizes de tratamento	22
<b>Recursos online</b>	<b>23</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>24</b>
<b>Referências</b>	<b>25</b>
<b>Imagens</b>	<b>31</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>33</b>

## Resumo

- ◇ Perda do suporte anatômico para o útero.
- ◇ Geralmente, o prolapso em estágio avançado se apresenta como um colo uterino saliente e palpável com tecido vaginal, muitas vezes observado pela paciente.
- ◇ Os sintomas incluem a sensação de abaulamento vaginal, pressão pélvica, polaciúria ou incontinência urinária, esvaziamento incompleto da bexiga, disfunção defecatória e dispareunia.
- ◇ O diagnóstico é realizado através do exame vaginal durante o repouso e esforço físico.
- ◇ O manejo conservador inclui observação, fisioterapia e o uso de pessários.
- ◇ A intervenção cirúrgica é feita por meio de abordagem vaginal ou abdominal, com ou sem material de enxerto.
- ◇ Sangramento vaginal, secreção anormal, dispareunia, retenção urinária e dor pélvica são possíveis complicações da terapia.

## Definição

O prolapso uterino é a perda do suporte anatômico do útero, que geralmente envolve o ápice da vagina. A parede vaginal anterior e/ou posterior também pode estar envolvida.

O prolapso uterino é uma das doenças abrangidas pelo termo prolapso dos órgãos pélvicos (POP), e esses termos podem ser utilizados como sinônimos. O POP descreve cistocele (prolapso da bexiga), retoccele (prolapso do reto ou do intestino grosso) e enteroccele (prolapso do intestino delgado); geralmente, todos estão associados com o prolapso do útero.

## Epidemiologia

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é comum e vem aumentando nos EUA, com aproximadamente 200,000 mulheres norte-americanas se submetendo a cirurgia para POP todo ano.[1] Uma avaliação epidemiológica de uma grande população do noroeste dos EUA sob cuidados médicos, gerenciada pela Kaiser Permanente, sugeriu que as mulheres norte-americanas apresentam um risco de 11.1% de cirurgia para POP e incontinência urinária aos 80 anos de idade, com quase 30% sendo submetidas a mais de um procedimento.[2] Nos últimos 30 anos, prediz-se que o número de mulheres buscando cuidados para o tratamento de transtornos do assoalho pélvico irá aumentar em 45%.[3]

No Reino Unido, a pesquisa Oxford Family Planning Association Study, com 17,032 mulheres com idades entre 25 e 39 anos, revelou que a incidência de pacientes hospitalizadas com prolapso foi de 2.04 por 1000 pessoas-anos de risco.[4]

A incidência de casos em que o prolapso atinge o hímen varia de 2% a 48%, e a incidência de casos em que ele vai além do hímen varia de 2% a 4%.[2] No Women's Health Initiative, 41% das mulheres com idades entre 50 a 79 anos têm POP, incluindo cistocele (34%), retoccele (19%) e prolapso uterino (14%).[5] Somente 10% a 20% das mulheres irá buscar ajuda para seu problema.[6]

## Etiologia

A etiologia não é totalmente compreendida. Os possíveis fatores de risco são parto vaginal, idade avançada e aumento do índice de massa corporal.[7] O parto vaginal é um dos fatores de risco mais frequentes associados ao prolapso. Os pesquisadores sugerem que isso se deve a danos ao nervo pudendo, ao tecido conjuntivo e à estrutura muscular durante o parto.[8] Antes da cirurgia pélvica, a pressão intra-abdominal elevada (por exemplo, obesidade e constipação crônica com esforço excessivo), os transtornos do tecido conjuntivo e a genética também são fatores de risco conhecidos. Embora a menopausa geralmente seja citada como um fator de risco para prolapso dos órgãos pélvicos (POP), várias pesquisas não conseguiram encontrar uma associação com o nível de estrogênio.[5] [6] [7] [8] [4] [9]

Mulheres nulíparas também podem desenvolver a doença: por exemplo, após histerectomia. As predisposições genéticas ou familiares ainda não são bem compreendidas.

## Fisiopatologia

O prolapso uterino é predominantemente um transtorno de mulheres parturientes no qual há danos à musculatura, ligamentos e nervos.

Os músculos do assoalho pélvico ficam contraídos no repouso e agem para fechar o hiato genital, fornecendo uma plataforma estável para as vísceras pélvicas. O tônus do músculo elevador do ânus é essencial para manter os órgãos pélvicos no lugar. Pode haver uma redução do tônus normal do músculo elevador do ânus por um trauma muscular direto ou uma lesão na denervação durante o parto vaginal. Isso resulta em um hiato urogenital aberto, alterando a placa elevadora do ânus para a orientação horizontal, o que causa o prolapso.[10] Em um estudo de caso-controle, a ressonância nuclear magnética (RNM) demonstrou que as mulheres com prolapso tinham mais probabilidade de apresentar defeitos anatômicos no músculo elevador do ânus. Consequentemente, nessas mulheres, o músculo elevador do ânus gerou menos força de fechamento vaginal durante a contração máxima.[11] [12]

A fáscia endopélvica é a rede de tecido conjuntivo que envolve todos os órgãos da pelve e conecta-os livremente à musculatura de suporte e aos ossos da pelve. A disfunção do assoalho pélvico pode causar prolapso, que especificamente pode envolver a vagina anterior, posterior e apical, e o útero. O rompimento ou o estiramento das ligações do tecido conjuntivo ocorre durante o parto vaginal ou a histerectomia (por qualquer via), como consequência de um esforço crônico, ou como parte do envelhecimento normal.[11] Pacientes com prolapso podem apresentar alteração no metabolismo do colágeno, e isso pode causar o prolapso.[11] [13] [14] Mulheres com hipermobilidade das articulações e distúrbios raros do tecido conjuntivo, como as síndromes de Ehlers-Danlos ou de Marfan, apresentam uma prevalência maior de prolapso.[13] [14] [15] [16]

A incontinência urinária pode resultar de alterações no suporte vaginal. À medida que a vagina anterior perde suporte, também se perde suporte uretral e vesical, possivelmente afetando o mecanismo de continência. A hipermobilidade uretral pode facilmente ser diagnosticada por meio de observação clínica, pedindo à paciente que faça esforço. Nos estágios avançados do prolapso uterovaginal, a uretra é retorcida mecanicamente, podendo obstruir o fluxo urinário.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher branca multipara vaginal de 58 anos de idade apresenta peso pélvico e sensação de algo se projetando de dentro da vagina. Os sintomas se agravam após esforço físico prolongado, como levantar peso ou ficar em pé. Às vezes, ela consegue sentir e observar uma saliência no orifício vaginal. Ela apresenta cada vez mais dificuldades de esvaziamento da bexiga, e precisa reduzir o abaulamento com os dedos para fazê-lo. Ela não apresenta vazamento urinário de nenhum tipo, incluindo vazamento durante exercícios físicos. A paciente é fumante compulsiva, com história de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), e obesa, com índice de massa corporal (IMC) de 34 kg/metro quadrado. No exame físico é diagnosticado prolapso uterovaginal em estágio III com envolvimento do ápice e da parede anterior é diagnosticado .

### Caso clínico #2

Uma multipara vaginal branca de 50 anos de idade é encaminhada a um ginecologista por seu clínico geral devido a um prolapso uterovaginal leve observado durante um exame pélvico de rotina para esfregaço de Papanicolau. A paciente é sexualmente ativa e totalmente assintomática. No exame físico, o ginecologista confirma o prolapso uterovaginal de estágio II.

## Outras apresentações

A perda do suporte uterino pode ser observada muito antes de ser sintomática. O corte discriminatório entre o suporte para o parto normal e o prolapso não é bem compreendido. O prolapso uterovaginal sintomático geralmente se apresenta com distúrbios concomitantes, incluindo sintomas urinários (incontinência urinária de esforço e/ou urgência), constipação, transtornos da defecação e sintomas sexuais (dispareunia). Os sintomas do prolapso podem ser inespecíficos, com a sensação de algo se projetando de dentro da vagina. Os transtornos da defecação são um sinal inespecífico de perda de suporte da parede posterior, às vezes precisando de defecação digitalmente assistida. Em raras ocasiões, a mulher apresenta um grande prolapso uterovaginal assintomático. É comum que essas pacientes desenvolvam comportamentos adaptativos significativos, evitando situações que enfatizam seus sintomas. As mulheres que foram submetidas previamente à histerectomia podem apresentar prolapso da cúpula vaginal, com sintomas e sinais idênticos.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é baseado nos achados clínicos.

### História clínica

Os principais fatores de risco incluem idade avançada, obesidade, parto vaginal ou cirurgia para prolapso prévios, história familiar de prolapso ou ascendência branca. O sintoma mais específico do prolapso dos órgãos pélvicos é a paciente relatar ver ou sentir a vagina ou o colo uterino sendo projetado pela abertura vaginal, o que também se correlaciona com a gravidade.<sup>[17]</sup> Frequentemente, a paciente descreve uma sensação de abaulamento, pressão, preenchimento ou peso, e se queixa de

dificuldade na micção. Menos frequentemente, o sintoma manifesto é lombalgia. As mulheres se tornam progressivamente mais sintomáticas após várias horas de esforço físico. Outros sintomas manifestos que podem coexistir são incontinência urinária, constipação, transtorno da defecação e disfunção sexual. Esses distúrbios concomitantes provavelmente não estão diretamente relacionados ao prolapso dos órgãos pélvicos (POP), e podem persistir após um reparo anatômico bem-sucedido.

[Fig-1]

[Fig-2]

## Exame físico

A realização de exames físicos deve ser feita com a paciente em repouso e sob esforço físico, nas posições supina e ortostática, a fim de definir a extensão do prolapso e estabelecer os segmentos da vagina que são afetados (anterior, posterior ou apical). É necessário um exame ginecológico completo, incluindo exame bimanual, a fim de estimar o tamanho do útero e o comprimento cervical. Palpa-se uma massa vaginal ao exame digital. O colo uterino e as paredes vaginais são suportados durante o esforço físico.

[Fig-2]

[Fig-1]

## Testes diagnósticos

Se a paciente tiver incontinência concomitante, que é comum no POP avançado, a avaliação do volume de resíduo pós-miccional (RPM) é uma avaliação essencial para excluir outras causas de retenção urinária. A urinálise também é útil, já que é sabido que uma infecção pode exacerbar os sintomas de incontinência.[22]

Antes de permitir que as pacientes prossigam com uma cirurgia vaginal para reparo do POP, recomenda-se um teste urodinâmico, a fim de ajudar a decidir se é necessário um procedimento concomitante para a incontinência urinária.

## Fatores de risco

### Fortes

#### parto vaginal

- Um estudo sueco descobriu que a prevalência do prolapso genital foi superior em mulheres parturientes (44%) que em mulheres nulíparas (5.8%).[17] Cada parto adicional de até 5 nascimentos aumenta o risco de agravamento do prolapso em 10% a 20%.[5]
- Acredita-se que o parto cause danos aos nervos pudendos, à fáscia e às estruturas que essencialmente suportam os órgãos pélvicos.[8] [10]

#### idade avançada

- Um risco associado de prolapso dos órgãos pélvicos (POP) devido à alteração da elasticidade do tecido conjuntivo e da força muscular que ocorre durante o processo de envelhecimento.[8]



**índice de massa corporal (IMC) alto**

- A obesidade é um fator de risco independente para o POP.[5] A obesidade pode incitar ou exacerbar o prolapso por meio do aumento da pressão intra-abdominal.

**cirurgia prévia para prolapso**

- Quase 30% das mulheres são submetidas a mais de um procedimento para prolapso.[18]

**fatores genéticos**

- Observou-se um risco mais elevado em mulheres com mãe ou irmã que tenha relatado prolapso.[19] Em um estudo, a variante T do gene laminina subunidade gama 1 (LAMC1) foi 5 vezes mais comum entre probandas com prolapso dos órgãos pélvicos (POP) do que na população geral.[20] Essa variante afeta o sítio de ligação para o fator 3 estimulador da ligação de interleucina (NFIL3), um fator de transcrição que verificou-se ser co-expresso no tecido vaginal. Assim, o polimorfismo nessa área pode aumentar a suscetibilidade a POP de início precoce.[20] Estima-se que as mulheres com POP tenham maior probabilidade de ter membros da família com a mesma doença que as mulheres sem POP.

**ascendência branca**

- Embora diferenças raciais tenham sido pouco estudadas, parece que mulheres brancas apresentam risco mais elevado de POP.[5] [9]

**Fracos****aumento da pressão intra-abdominal**

- Existem hipóteses de que o aumento da pressão intra-abdominal (doença obstrutiva crônica das vias aéreas, esforço físico, constipação, levantar objetos pesados e atividades físicas pesadas) pode causar o POP. A fisiopatologia se dá provavelmente por meio de um dano isquêmico às estruturas neurais e musculares que são responsáveis pelo suporte dos órgãos pélvicos.[8] [10] [21]

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem parto vaginal, mulheres idosas, índice de massa corporal (IMC) elevado, cirurgia prévia para prolapso, fatores genéticos, ascendência branca.

**protuberância/saliência vaginal (comum)**

- A paciente pode observar e sentir o abaulamento da vagina ou do colo uterino no orifício vaginal.  
[Fig-1]

[Fig-2]

**sensação de pressão vaginal (comum)**

- A pressão pode ser sentida na área vaginal.



## Outros fatores de diagnóstico

### incontinência urinária (comum)

- Perda de urina durante o exercício físico. À medida que a vagina anterior perde suporte, também se perde suporte uretral e vesical, possivelmente afetando o mecanismo de continência.[\[23\]](#) [\[24\]](#)

### constipação (comum)

- A protrusão do reto (parede vaginal posterior) para dentro da vagina pode resultar em impactação fecal e constipação.

### dor pélvica (incomum)

- Uma sensação desconfortável durante a relação sexual está associada sobretudo a um estágio avançado do prolapso dos órgãos pélvicos (POP).

### retenção urinária (incomum)

- Ocorre com o POP grave, quando há a descida da vagina anterior, que comprime a infraestrutura da bexiga.

### transtornos da defecação (incomum)

- Sinal inespecífico de perda de suporte da parede posterior, às vezes precisando de defecação digitalmente assistida.

### disfunção sexual (incomum)

- Dispareunia, falta de satisfação ou de orgasmo.

### lombalgia (incomum)

- Sintoma manifesto raro.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>avaliação do volume de resíduo pós-miccional (RPM)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As mulheres com prolapso avançado muitas vezes apresentam dificuldades de micção, o que pode resultar em retenção urinária, infecção do trato urinário (ITU) recorrente e, em casos raros, danos ao parênquima renal. A investigação é realizada com cateter transuretral estéril ou ultrassonografia da bexiga.<a href="#">[22]</a></li> </ul>	<b>o volume de RPM da retenção urinária é &gt;100 mL</b>
<b>urinálise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos (POP) e disfunção mictória apresentam risco mais elevado de ITU, sintomática ou assintomática, e a urinálise pode indicar isso em muitos casos. Como a infecção exacerba os sintomas da incontinência, a detecção e o tratamento da infecção são elementos essenciais da avaliação.<a href="#">[22]</a> A hematúria macroscópica ou a micro-hematúria persistente justificam a avaliação para processos neoplásicos no trato urinário.</li> </ul>	<b>normal, a menos que haja ITU concomitante</b>

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>urodinâmica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O teste urodinâmico é usado no tratamento clínico por 2 razões principais. Em mulheres sem sintomas de incontinência urinária de esforço, o teste urodinâmico, com redução do prolapso por pessário ou swab, tem sido usado para orientar as recomendações para procedimentos concomitantes anti-incontinência no momento do reparo do POP.<sup>1</sup><sup>[A]</sup><sup>Evidence</sup> Para mulheres com sintomas de incontinência urinária de esforço, o teste urodinâmico tem sido usado para selecionar o procedimento anti-incontinência ideal, embora não haja recomendações claras baseadas em evidências para a superioridade de qualquer procedimento específico para continência em mulheres com incontinência urinária de esforço que sejam submetidas a um reparo do prolapso.<sup>[22]</sup></li> </ul>	<b>distingue a incontinência urinária de esforço e/ou a incontinência superativa do músculo detrusor</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Alongamento hipertrófico do colo do útero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O exame físico é essencial para a diferenciação.</li> <li>As mulheres com prolapso dos órgãos pélvicos (POP) demonstram uma descida maior do colo uterino e da parede vaginal durante o esforço físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O espéculo vaginal e o exame bimanual são os testes mais confiáveis para a diferenciação entre o POP e o alongamento hipertrófico do colo do útero.</li> </ul>
<b>Cisto vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frequentemente assintomático. A paciente pode reportar um nódulo macio na parede vaginal ou a protrusão de um nódulo pela vagina. Também pode haver dispareunia superficial ou dificuldade de inserir absorventes internos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O diagnóstico é geralmente clínico. No entanto, a ultrassonografia vaginal é útil para identificar o conteúdo do cisto e sua relação topográfica com as estruturas anatômicas adjacentes.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Exame de quantificação do prolapso dos órgãos pélvicos (POP-Q)<sup>[26]</sup>

Os estágios se baseiam na extensão máxima do prolapso relativa ao hímen, em um ou mais compartimentos para estadiamento completo:

- Estágio 0: ausência de prolapso
- Estágio I: o prolapso mais distal fica >1 cm acima do nível do hímen

- Estágio II: o prolapso mais distal fica entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen (ou seja, no hímen)
- Estágio III: o prolapso mais distal fica >1 cm abaixo do hímen, mas não além de 2 cm menos que o comprimento vaginal total.  
[Fig-1]
- Estágio IV: representa procidência/prolapso total.  
[Fig-2]

## Sistema Baden Walker[27]

Os estágios se baseiam somente na parte mais projetada em relação ao hímen:

- Grau 0: posição normal para cada local respectivo
- Grau 1: descida à metade do caminho até o hímen
- Grau 2: descida até o hímen
- Grau 3: descida à metade do caminho após o hímen
- Grau 4: máximo possível de descida para cada local.

## Abordagem passo a passo do tratamento

A base do tratamento é a cirurgia; algumas mulheres podem ser manejadas de forma conservadora.

### Pacientes assintomáticos

As pacientes assintomáticas ou mulheres que apresentam alguns sintomas menores podem relatar pouco ou nenhum incômodo como resultado deste distúrbio. A observação ou a vigilância ativa são adequadas. Pode-se oferecer a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico (MAP), apesar da falta de dados de qualidade que deem suporte ao seu uso para evitar a progressão. Até o momento, existem dados cumulativos que mostram o efeito significativo do treinamento dos MAP no estágio do prolapso dos órgãos pélvicos (POP) ou na morfologia dos MAP.[28] Um treinamento supervisionado e mais intensivo é mais eficaz que um treinamento não supervisionado. Vários estudos demonstraram que o treinamento da musculatura pélvica é eficaz na melhoria dos sintomas de prolapso.[29] [30] [28] São necessários mais ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de alta qualidade a fim de avaliar melhor o efeito do fortalecimento do MAP no POP.[28] [31] [32]

### Manejo conservador em pacientes sintomáticos

Suportes mecânicos, como pessários, são usados para restabelecer os órgãos deslocados à posição normal.[28] [33] [34] Uma ampla variedade de pessários foi descrita para o tratamento de prolapso. Os pessários são mantidos no lugar pelo aspecto posterior do osso púbico e da musculatura do assoalho pélvico; eles são feitos de silicone de grau médico. Este tratamento pode ser oferecido a mulheres com POP sintomático que rejeitam a cirurgia, que não sejam boas candidatas à cirurgia devido a comorbidades clínicas, ou que precisem de alívio temporário de prolapso relacionado a gestação ou da incontinência. A colocação de pessários é feita com êxito na maioria das mulheres, apresentando altas taxas de satisfação e baixas taxas de complicação.[35]

Os fatores a seguir devem ser considerados ao se colocar um pessário para o reparo do POP:[33]

- Deve ser fornecido o maior pessário que pode ser confortavelmente retido durante atividades provocadoras na posição vertical, como andar, agachar, fazer a manobra de Valsalva e tossir.
- O pessário não pode ser sentido pela mulher e não deve causar dor ou desconforto, não deve obstruir o esvaziamento da bexiga ou do intestino, e não deve provocar incontinência urinária oculta.
- Os relatos de sucesso da colocação na primeira consulta variam de 74% a 94%.

### Cirurgia

A cirurgia é indicada quando os sintomas problemáticos persistirem apesar do manejo conservador. Vários fatores devem ser considerados ao se aconselhar as pacientes sobre o melhor tratamento cirúrgico:

- Abordagem cirúrgica abdominal em oposição à vaginal
- Durabilidade
- Tempo de recuperação
- Complicações pós-operatórias imediatas e proteladas

- Risco de corpo estranho: podem ocorrer erosões, granulação de ferida e dispareunia após o reparo do prolapso vaginal com materiais de enxerto; a incidência dessas complicações varia amplamente de um estudo para outro[36]
- Desejo de futura fertilidade ou penetração vaginal.

O tipo de cirurgia deve ser individualizado de acordo com a preferência, estilo de vida, doença concomitante e idade da paciente.

A decisão inicial tem como base a opção da paciente de preservar ou não a fertilidade. A maioria dos especialistas prefere protelar a cirurgia para o POP até que as gestações estejam encerradas. Nos EUA, o útero é removido durante quase todos os procedimentos primários para POP.

#### Tipos de cirurgia

- A histerectomia simples sem reconstrução das anormalidades de suporte no ápice vaginal é insuficiente para a resolução do sintoma.
- Procedimentos de reconstrução são oferecidos a todas as pacientes sintomáticas, e incluem sacrocolpopexia abdominal, laparoscópica ou robótica e suspensão uterossacral/suspensão do ligamento sacroespinhoso:[37] [38] [39] geralmente realizada com histerectomia concomitante, se o útero estiver presente.2[B]Evidence A suspensão do ligamento sacroespinhoso (com ou sem histerectomia) tem as mesmas vantagens da suspensão uterossacral.[40] [41] [42] Para quem deseja manter a atividade sexual, recomenda-se uma cirurgia reconstrutora. A cirurgia robótica tem sido amplamente usada em ginecologia desde 2005. Um estudo que avaliou o custo-efetividade e a reinternação hospitalar (em até 6 semanas) em mulheres randomizadas para sacrocolpopexia laparoscópica comparada a sacrocolpopexia robótica demonstrou desfechos e taxas de complicação similares em ambos os grupos. O sangramento pré-sacral, embora incomum, é a complicação intraoperatória mais preocupante associada com os tipos laparoscópico e aberto da sacrocolpopexia, e pode ter consequências com risco de vida. As complicações associadas à sacrocolpopexia aberta incluem cistotomia, 3.1%; enterotomia, 1.6%; problemas de incisão, 4.6%; íleo paralítico, 3.6%; evento tromboembólico, 3.3%; e transfusão, 4.4%.[43] [44] A lesão ureteral é a complicação mais relatada após a suspensão uterossacral. Possíveis complicações da suspensão do ligamento sacroespinhoso incluem hemorragia intraoperatória e dor intensa nos glúteos irradiando para baixo na parte posterior da perna, devido ao encarceramento do nervo ciático.
- Não se sabe qual procedimento (ou combinação de procedimentos) tem os resultados mais eficazes e as consequências menos mórbidas. Assim, opções cirúrgicas devem ser discutidas com a paciente antes de se chegar a uma decisão mutuamente acordada. Quando a durabilidade anatômica é prioridade, sugere-se a sacrocolpopexia com malha como tratamento de primeira escolha. Caso a prioridade seja a minimização dos eventos adversos ou a reoperação, então recomenda-se a abordagem vaginal com reparo do tecido nativo.[45]
- A cirurgia vaginal concomitante anterior3[A]Evidence e/ou posterior4[B]Evidence não deve ser considerada como rotina, mas com base nos defeitos anatômicos após o reparo do ápice.5[B]Evidence [46] [47]
- A cirurgia obliterativa, como a colpocleise total ou a colpocleise parcial de Le Fort, pode ser oferecida a pacientes em alto risco de complicações (por exemplo, com doença sistêmica grave, ou pacientes idosos que não estejam sexualmente ativos e prefiram evitar uma cirurgia de longo prazo ou o uso de uma malha para o reparo do prolapso) e/ou que não desejem manter a patência vaginal. Uma revisão da colpocleise relatou uma taxa de sucesso de quase 100%.[48]

- O uso transvaginal de malhas sintéticas requer investigações adicionais, já que há poucas evidências que dão suporte ao uso rotineiro da malha sintética para a reconstrução transvaginal. Os atuais dados demonstram que o uso da malha de polipropileno reduz o risco de recorrência anatômica do prolapso. Uma revisão Cochrane concluiu que, nos casos em que se usa um enxerto vaginal anterior, qualquer eventual benefício precisa ser ponderado contra o tempo de operação, sangramento, risco de prolapso das paredes vaginais apical e posterior, incontinência urinária de esforço "de novo" e risco de reoperação para remoção de erosão da malha. [44] [47] [49] O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [50]
- Se a paciente apresentar incontinência, deve-se discutir qual será a decisão sobre o procedimento concomitante para a incontinência. Tanto o sling médio-uretral quando os procedimentos de Burch mostraram redução da incontinência pós-operatória em mulheres sem incontinência pré-operatória que estejam sendo submetidas a cirurgia vaginal e sacrocolpopexia para prolapso. [51] [25] 1[A]Evidence

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		( resumo )
assintomático		
	1a	observação ± reabilitação do músculo do assoalho pélvico
pacientes sintomáticos		
	1a	pessário
	2a	cirurgia reconstrutiva ou reparo do tecido nativo
	adjunto	reparo vaginal anterior/posterior
	adjunto	uretropexia de Burch ou sling médio-uretral
	3a	colpocleise
	adjunto	uretropexia de Burch ou sling médio-uretral

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Em curso

#### assintomático

- 1a observação ± reabilitação do músculo do assoalho pélvico**
- » As pacientes assintomáticas ou mulheres que apresentam alguns sintomas menores podem relatar pouco ou nenhum incômodo como resultado deste distúrbio. A observação ou a vigilância ativa são adequadas.
  - » Pode-se oferecer a reabilitação do músculo do assoalho pélvico, apesar da falta de dados de qualidade que respaldem o seu uso para evitar a progressão.[28] [32] Vários estudos demonstraram que o treinamento da musculatura pélvica é eficaz na melhoria dos sintomas de prolapso.[28] [29] [30]

#### pacientes sintomáticos

- 1a pessário**
- » Restabelece os órgãos deslocados à posição normal, aliviando, assim, os sintomas.[28] [31] [32]
  - » Em cerca de 50% a 70% das pacientes, um pessário pode ser colocado com sucesso em 1 ou 2 visitas ao consultório. Em geral, solicita-se que as pacientes se apresentem para uma consulta de acompanhamento para a avaliação de seus sintomas, 1 semana após a colocação final, e depois a cada 3 a 6 meses, dependendo do desejo da paciente quanto ao autocuidado, remoção, limpeza e colocação independentes. O uso de pessários apresenta altas taxas de satisfação e baixas taxas de complicações.[35]
  - » Caso haja o desenvolvimento de erosão vaginal em uma mulher com pessário, este deve ser removido e deve-se aplicar creme de estrogênio até que a erosão seja curada. O pessário pode ser substituído, embora seja recomendada a redução do seu tamanho.
- 2a cirurgia reconstrutiva ou reparo do tecido nativo**
- Opções primárias**
- » [sacrocolpopexia abdominal](#)



## Em curso

OU

» suspensão do ligamento uterossacro

OU

» suspensão do ligamento sacroespinhoso

» Existem 3 tipos importantes de cirurgia reconstrutiva (geralmente, elas são realizadas com histerectomia concomitante, se houver útero presente).

» A sacrocolpopexia pode ser feita por via abdominal, laparoscópica ou robótica.[37] [38] [39] A malha sintética é afixada à vagina anterior e posterior e presa ao ligamento longitudinal anterior para ressuspender o ápice vaginal. A erosão da malha pode ocorrer em algumas semanas a alguns meses após a cirurgia.[46] [47] [52] [53] Quando a durabilidade anatômica é prioridade, sugere-se a sacrocolpopexia com malha como tratamento de primeira escolha.[45]

» O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [50]

» A suspensão do ligamento uterossacro tem as vantagens da rápida recuperação sem as possíveis complicações relacionadas à malha. Esse procedimento pode ser abordado por via vaginal ou abdominal.[37] Os ligamentos uterossacos são usados para ressuspender o ápice vaginal. Atualmente, o método mais popular é a modificação de Shull.[54] A taxa de sucesso reportada é de 80%. Descobriu-se que, no compartimento anterior, as mulheres com estágio II do prolapso dos órgãos pélvicos (POP) pré-operatório estavam mais propensas a um desfecho bem-sucedido que as que estavam no estágio III do POP pré-operatório.[55]

» A suspensão do ligamento sacroespinhoso (com ou sem histerectomia) tem as mesmas vantagens da suspensão uterossacral.[40] [41] [42] Este procedimento geralmente é feito de forma unilateral. A vagina deve ter o comprimento suficiente para atingir o ligamento sacroespinhoso sem uma ponte de sutura.

» Caso a prioridade seja a minimização dos eventos adversos ou a reoperação, então

## Em curso

## adjunto

recomenda-se a abordagem vaginal com reparo do tecido nativo.[45]

**reparo vaginal anterior/posterior**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Esses procedimentos são usados para reparar o prolapso que não é secundário à perda do suporte apical primário. O reparo vaginal anterior/posterior deve ser baseado na avaliação dos defeitos anatômicos após o reparo do ápice vaginal. A reconstrução apical concomitante e o reparo vaginal anterior/posterior concomitante não devem ser considerados rotineiramente.

» A taxa de sucesso desse procedimento varia de 40% a 60%.[56] [57] As possíveis complicações incluem lesão e sangramento na bexiga, com formação de fístula em casos raros. Há evidências que suportam o uso da malha sintética ou biológica para reduzir a recorrência na reconstrução da parede anterior,[47] [49] [58] embora as evidências sugiram que a malha não tenha benefícios na reconstrução da parede posterior.[59] 4[B]Evidence O uso da malha pode resultar em erosão, e os relatos de caso sugerem que tais complicações podem impactar de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes afetados.[47] 5[B]Evidence O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [50]

## adjunto

**uretropexia de Burch ou sling médio-uretral**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pelo menos um terço das mulheres que fizeram uma cirurgia para POP se submeteu a procedimentos concomitantes para continência. A cirurgia concomitante para incontinência é necessária na presença de incontinência urinária de esforço pré-operatória.

» Para mulheres que não tenham incontinência urinária de esforço pré-operatória, recomenda-se um sling médio-uretral concomitante com cirurgia para prolapso vaginal ou uma colposuspensão de Burch com sacrocolpopexia para reduzir a incontinência urinária de esforço pós-operatória.[51] [25] 1[A]Evidence

## Em curso

3a **colpocleise****Opções primárias**

» colpocleise parcial de Le Fort

**OU**

» colpocleise total

» A cirurgia obliterativa, como a colpocleise total ou a colpocleise parcial de Le Fort, corrige o prolapso dos órgãos pélvicos movendo as vísceras pélvicas para trás, para dentro da pelve, fechando o canal vaginal parcial ou totalmente.

» Essa cirurgia é recomendada para pacientes que não desejam continuar sexualmente ativas e/ou apresentam um alto risco de complicações. Uma revisão da colpocleise reportou uma taxa de sucesso de quase 100%.[\[48\]](#)

**adjunto uretropexia de Burch ou sling médio-uretral**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pelo menos um terço das mulheres que fizeram uma cirurgia para POP se submete a procedimentos concomitantes para continência. A cirurgia concomitante para incontinência é necessária na presença de incontinência urinária de esforço pré-operatória.

» Para mulheres que não tenham incontinência urinária de esforço pré-operatória, recomenda-se um sling médio-uretral concomitante com cirurgia para prolapso vaginal ou uma colpossuspensão de Burch com sacrocolpopexia para reduzir a incontinência urinária de esforço pós-operatória.[\[51\]](#) [\[25\]](#) [1\[A\]Evidence](#)

## Novidades

### Reconstrução transvaginal com malha sintética

A reconstrução vaginal usando a inserção vaginal de uma malha sintética é uma abordagem nova e controversa ao reparo cirúrgico do prolapso dos órgãos pélvicos (POP). Há poucas evidências que deem suporte ao uso rotineiro da malha sintética para a reconstrução apical vaginal.[3] [60] [61] [62] [63] O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que as pacientes autorizem a cirurgia sabendo que existem dados limitados relacionados ao tipo de malha e que os procedimentos que usam malha sintética são considerados experimentais.[56] O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), no Reino Unido, afirma que o uso da malha no reparo do prolapso da parede vaginal apresenta evidências para dar suporte à sua eficácia em relação à cirurgia tradicional, mas afirma que o procedimento deveria ser usado somente se forem feitos os arranjos adequados para o consentimento da paciente, a governança clínica e a auditoria.[59] Recomendações semelhantes foram feitas pela Society of Gynecologic Surgeons Systemic Review Group, nos EUA.[64] [65] O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [50] A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA tem recebido centenas de relatos de complicações envolvendo o uso de malha no reparo transvaginal do prolapso dos órgãos pélvicos, incluindo infecção, sangramento, dor pélvica, dor durante a relação sexual, perfuração de órgão e problemas urinários em decorrência de erosão da malha nos tecidos circundantes. A FDA divulgou duas ordens de recomendação para reclassificar os dispositivos de classe II (risco moderado) a classe III (alto risco). [FDA news release: requirements for surgical mesh repair] O American College of Obstetricians and Gynecologists e a American Urogynecologic Society publicaram recomendações sobre o uso de malha colocada por via vaginal para o tratamento do prolapso dos órgãos pélvicos.[66] A American Urogynecologic Society também produziu diretrizes para privilegiar e credenciar médicos que estejam planejando implementar o reparo da malha em sua prática.[67]

## Recomendações

### Monitoramento

A avaliação intermitente das pacientes que são assintomáticas ou que têm alguns sintomas menores e que estejam sendo submetidas a fisioterapia (reabilitação do músculo do assoalho pélvico) deve ocorrer aproximadamente a cada 3 meses, a fim de avaliar a eficácia do tratamento, e se um pessário é necessário.

As pacientes que estiverem sendo observadas ou monitoradas em vez de serem tratadas ativamente devem retornar para uma consulta de acompanhamento em intervalos regulares, geralmente de 6 a 12 meses.

Em geral, as pacientes tratadas com pessário são solicitadas a fazer uma consulta de acompanhamento para a avaliação de seus sintomas 1 semana após a colocação final e, depois, a cada 3 a 6 meses, dependendo do desejo da paciente quanto ao autocuidado, remoção, limpeza e colocação independentes.

As pacientes cirúrgicas geralmente são acompanhadas até 1 a 3 meses após a operação. Durante a visita pós-operatória, avalia-se os desfechos objetivos e subjetivos, e os eventos adversos pós-cirurgia. Em seguida, recomenda-se que as pacientes compareçam a uma consulta anual de acompanhamento para revisar os sintomas e os desfechos cirúrgicos.

### Instruções ao paciente

Não há evidências de que a restrição de alguma atividade pós-cirúrgica específica reduza o risco de recorrência. No entanto, alguns médicos restringem à paciente o levantamento de objetos pesados (4.5 kg) e a penetração vaginal por 6 semanas após a cirurgia.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>dispareunia após reparo posterior</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
Um relatório comparando 2 técnicas de reparo de defeito da parede posterior demonstrou que 17% das mulheres tiveram dispareunia após reparo posterior. <sup>[75]</sup>		
<b>incontinência urinária pós-reparo</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Pode ocorrer sintomas do trato urinário inferior, incluindo incontinência urinária, após uma cirurgia de reparo de prolapso. <sup>[25]</sup>		
<b>incontinência fecal após reparo posterior</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
Também foram relatadas constipação e incontinência fecal como possível complicação do reparo posterior. <sup>[75]</sup>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>erosão vaginal</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
Se o útero ou a vagina com prolapso forem negligenciados, eles pode ficar ulcerados, com erosão no tecido. A erosão resulta de alterações isquêmicas e fricção mecânica da área exposta. Recomenda-se tratamento cirúrgico.[61] [74]		
<b>retenção urinária</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
Raramente, o prolapso negligenciando pode causar insuficiência renal. As pacientes com retenção urinária podem desenvolver hidronefrose, que, conseqüentemente, danifica o parênquima renal.  A redução imediata do prolapso é preferível através de cirurgia e de cateterismo intrauretral.		
<b>prolapso recorrente pós-reparo</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
Quase 30% das mulheres que são submetidas a um procedimento de prolapso dos órgãos pélvicos (POP) têm pelo menos mais um POP.[18] Os fatores de risco para POP recorrente são desconhecidos.		
<b>erosão da malha</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
A erosão da malha parece ser um risco sempre presente dos reparos reconstrutivos aumentados pela malha. A erosão da malha pode aparecer em algumas semanas até alguns meses após a cirurgia. Ela é reconhecida pelos sintomas, que incluem manchas de sangue ou sangramento vaginal. Ocasionalmente, está associada a uma descarga marrom desagradável, e o parceiro sexual pode se queixar de dor. Na maioria dos casos, a erosão da malha pode ser tratada com excisão da malha exposta através de uma abordagem vaginal. O uso de cremes de estrogênio também foi recomendado, mas sua eficácia é incerta. Algumas vezes, toda a malha precisa ser removida.[47] [61]  A Food and Drug Administration dos EUA continua a avaliar a segurança dos dispositivos de malha cirúrgica uroginecológica. [FDA: safety and effectiveness of urogynaecological surgical mesh devices] O uso de malha/adesivo cirúrgico para o prolapso uroginecológico, onde a malha é inserida através da parede vaginal, é atualmente restrito no Reino Unido, enquanto se realiza uma revisão independente. Em julho de 2018, o NHS England informou que todos os casos devem ser adiados se for clinicamente seguro fazê-lo. [50]		

## Prognóstico

O risco de recorrência de prolapso dos órgãos pélvicos (POP) após a reconstrução cirúrgica não é incomum. Quase 30% das mulheres que são submetidas a um procedimento de POP passam por pelo menos mais um procedimento.[18] As mulheres com prolapso mais grave têm uma probabilidade maior de apresentar recorrência.[68] Entre os diferentes procedimentos de reparo cirúrgico, a sacrocolpopexia abdominal é o procedimento mais durável; a taxa de sucesso anatômico varia de 76% a 100%.[47] [69] [70] [71] Procedimentos vaginais têm uma taxa de sucesso relativamente inferior. As taxas de sucesso de 5 anos de procedimentos uterossacrais vaginais variam de 87% a 89%.[72] [73] Não há evidências de que a restrição de alguma atividade pós-cirúrgica específica reduza o risco de recorrência. No entanto, alguns médicos restringem à paciente o levantamento de objetos pesados (4.5 kg) e a penetração vaginal por 6 semanas após a cirurgia.

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Post-hysterectomy vaginal vault prolapse (Green-top Guideline No. 46)

**Publicado por:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**Última publicação em:**  
2015

#### Surgical repair of vaginal wall prolapse using mesh

**Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence

**Última publicação em:**  
2008

### Internacional

#### AAGL practice report: practice guidelines on the prevention of apical prolapse at the time of benign hysterectomy

**Publicado por:** Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide

**Última publicação em:**  
2014

### América do Norte

#### Pelvic organ prolapse

**Publicado por:** American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**Última publicação em:**  
2017



## Recursos online

---

1. [FDA news release: requirements for surgical mesh repair](#) (*external link*)
2. [FDA: safety and effectiveness of urogynaecological surgical mesh devices](#) (*external link*)

## Nível de evidência

1. Redução dos sintomas pós-operatórios de incontinência urinária de esforço em mulheres com continência de esforço: há evidências de alta qualidade que documentam a utilidade da colposuspensão de Burch no momento da sacrocolpopexia em mulheres com continência ao esforço.<sup>[25]</sup> O estudo Colpopexy and Urinary Reduction Efforts randomizou 322 pacientes continentas para serem submetidas ao procedimento de Burch no momento da sacrocolpopexia. O estudo demonstrou um benefício significativo no endpoint de 3 meses, favorecendo o procedimento de Burch. No grupo do procedimento de Burch, 23.1% apresentou incontinência urinária de esforço, em comparação com 44.1% sem o procedimento de Burch.

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

2. Taxas de recidiva: existem evidências de qualidade moderada de que a histerectomia vaginal e o reparo sejam mais eficazes que a sacro-histeropexia abdominal com preservação uterina na redução de prolapso recorrente, além de reduzir a necessidade de reoperação em mulheres com prolapso uterino.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Taxas de recorrência: existem evidências de alta qualidade de que a colporrafia anterior tradicional com reforço de malha seja mais eficaz que a colporrafia anterior tradicional na redução da taxa de cistocele recorrente em mulheres com prolapso da parede vaginal anterior.

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

4. Taxas de recorrência: existem evidências de qualidade moderada de que a colporrafia posterior com reforço de malha não é mais eficaz que a colporrafia posterior sem malha na diminuição da incidência de retocele recorrente.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

5. Complicações pós-operatórias: existem evidências de qualidade moderada de que a colporrafia anterior com reforço de malha tem taxas semelhantes de complicações pós-operatórias em comparação com a colporrafia anterior tradicional.

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

- Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, et al; American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2012;188(suppl 6):2464-2472. [Texto completo](#)
- Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, et al; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2006;354:1557-1566. [Texto completo](#)
- Hagen S, Stark D, Glazener C, et al; POPPY Trial Collaborators. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:796-806. [Texto completo](#)
- Continence Foundation of Australia. Guidelines for the use of support pessaries in the management of pelvic organ prolapse. July 2012. <http://www.clinicalguidelines.gov.au> (last accessed 28 June 2017). [Texto completo](#)
- Robert M, Schulz JA, Harvey MA, et al; Urogynaecology Committee. Technical update on pessary use. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35:664-674. [Texto completo](#)
- Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD004014. [Texto completo](#)
- Maher CM, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J*. 2011;22:1445-1457.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 176: pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2017;129:763-765.
- National Institute for Health and Care Excellence. Surgical repair of vaginal wall prolapse using mesh. June 2008. <http://www.nice.org.uk> (last accessed 28 June 2017). [Texto completo](#)
- Sung VW, Rogers RG, Schaffer JI, et al; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Graft use in transvaginal pelvic organ prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2008;112:1131-1142.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(2):CD012079. [Texto completo](#)
- Schimpf MO, Abed H, Sanses T, et al. Graft and mesh use in transvaginal prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2016;128:81-91.
- American Urogynecologic Society's Guidelines Development Committee. Guidelines for providing privileges and credentials to physicians for transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012;18:194-197.

## Referências

1. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:108-115.
2. Brubaker L Bump R, Jacquetin B, et al. Pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al, eds. *Incontinence: 2nd international consultation on incontinence.* Plymouth, UK: Health Publication Ltd; 2002:243-265. [Texto completo](#)
3. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:1496-1501.
4. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:579-585.
5. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:1160-1166.
6. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ.* 2002;324:1258-1262.
7. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, et al. Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al, eds. *Incontinence: 3rd international consultation on incontinence.* Paris, France: Health Publication Ltd; 2005:255-312. [Texto completo](#)
8. Snooks SJ, Swash M, Mathers SE, et al. Effect of vaginal delivery on the pelvic floor: a 5-year follow-up. *Br J Surg.* 1990;77:1358-1360.
9. Lince SL, van Kempen LC, Vierhout ME, et al. A systematic review of clinical studies on hereditary factors in pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2012;23:1327-1336. [Texto completo](#)
10. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, et al. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003;101:46-53. [Texto completo](#)
11. DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1488-1495.
12. DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2007;109:295-302.
13. Makinen J, Soderstrom KO, Kiilholma P, et al. Histological changes in the vaginal connective tissue of patients with and without uterine prolapse. *Arch Gynecol.* 1986;239:17-20.
14. Moalli PA, Shand SH, Zyczynski HM, et al. Remodeling of vaginal connective tissue in patients with prolapse. *Obstet Gynecol* 2005;106:953-963.
15. Norton PA, Baker JE, Sharp HC, et al. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. *Obstet Gynecol.* 1995;85:225-228.

16. Carley ME, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1021-1023.
17. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:299-305.
18. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501-506.
19. Chiaffarino F, Chatenoud L, Dindelli M, et al. Reproductive factors, family history, occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;82:63-67.
20. Nikolova G, Lee H, Berkovitz S, et al. Sequence variant in the laminin gamma1 (LAMC1) gene associated with familial pelvic organ prolapse. *Hum Genet.* 2007;120:847-856.
21. Weidner AC, Jamison MG, Branham V, et al. Neuropathic injury to the levator ani occurs in 1 in 4 primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:1851-1856.
22. Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, et al; American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol.* 2012;188(suppl 6):2464-2472. [Texto completo](#)
23. de Boer TA, Salvatore S, Cardozo L, et al. Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourolog Urodyn.* 2010;29:30-39. [Texto completo](#)
24. Patil A, Duckett JR. Effect of prolapse repair on voiding and bladder overactivity. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2010;22:399-403.
25. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, et al; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy with Burch colposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med.* 2006;354:1557-1566. [Texto completo](#)
26. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:10-17.
27. Baden WF, Walker T. Fundamentals, symptoms and classification. In: Baden WF, Walker T, eds. *Surgical repair of vaginal defects.* Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1992:14.
28. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD003882. [Texto completo](#)
29. Hagen S, Stark D, Glazener C, et al; POPPY Trial Collaborators. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383:796-806. [Texto completo](#)
30. Panman C, Wiegersma M, Kollen BJ, et al. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG.* 2017;124:511-520.

31. Fitz FF, Resende AP, Stüpp L, et al. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2012;23:1495-1516.
32. Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol*. 2012;30:437-443.
33. Continence Foundation of Australia. Guidelines for the use of support pessaries in the management of pelvic organ prolapse. July 2012. <http://www.clinicalguidelines.gov.au> (last accessed 28 June 2017). [Texto completo](#)
34. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, et al Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD004010. [Texto completo](#)
35. Robert M, Schulz JA, Harvey MA, et al; Urogynaecology Committee. Technical update on pessary use. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35:664-674. [Texto completo](#)
36. Abed H, Rahn DD, Lowenstein L, et al. Incidence and management of graft erosion, wound granulation, and dyspareunia following vaginal prolapse repair with graft materials: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2011;22:789-798.
37. Mahran MA, Herath RP, Sayed AT, et al. Laparoscopic management of genital prolapse. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283:1015-1020.
38. Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol*. 2009;55:1089-1103.
39. Serati M, Bogani G, Sorice P, et al. Robot-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Eur Urol*. 2014;66:303-318.
40. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA*. 2014;311:1023-1034. [Texto completo](#)
41. Detollenaere RJ, den Boon J, Stekelenburg J, et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with suspension of the uterosacral ligaments in women with uterine prolapse stage 2 or higher: multicentre randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2015;351:h3717. [Texto completo](#)
42. Lukacz ES, Warren LK, Richter HE, et al. Quality of life and sexual function 2 years after vaginal surgery for prolapse. *Obstet Gynecol*. 2016;127:1071-1079. [Texto completo](#)
43. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol*. 2004;104:805-823.
44. Jia XG, Glazener C, Mowatt G, et al. Systematic review of the efficacy and safety of using mesh in surgery for uterine or vaginal vault prolapse. *Int Urogynecol J*. 2010;21:1413-1431. [Texto completo](#)
45. Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, et al. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2015;125:44-55. [Texto completo](#)

46. Cvach K, Dwyer P. Surgical management of pelvic organ prolapse: abdominal and vaginal approaches. *World J Urol.* 2012;30:471-477.
47. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):CD004014. [Texto completo](#)
48. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1418-1421.
49. Maher CM, Feiner B, Baessler K, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011;22:1445-1457.
50. NHS Improvement and NHS England. Vaginal mesh: high vigilance reconstruction period. Provider bulletin: 11 July 2018.
51. Wei JT, Nygaard I, Richter HE, et al; Pelvic Floor Disorders Network. A midurethral sling to reduce incontinence after vaginal prolapse repair. *N Engl J Med.* 2012;366:2358-2267. [Texto completo](#)
52. Chmel R, Novackova M, Horcicka L, et al. Abdominal sacrocolpopexy - simple and still actual method in the treatment of vaginal vault prolapse? [in Czech]. *Ceska Gynekol.* 2008;73:47-53.
53. Jia X, Glazener C, Mowatt G, et al. Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2008;115:1350-1361.
54. Shull BL, Bachofen C, Coates KW, et al. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1365-1373.
55. Margulies RU, Rogers MA, Morgan DM, et al. Outcomes of transvaginal uterosacral ligament suspension: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:124-134.
56. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 176: pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2017;129:763-765.
57. Visco AG, Weidner AC, Barber MD, et al. Vaginal mesh erosion after abdominal sacral colpopexy. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:297-302.
58. Stanford EJ, Cassidenti A, Moen MD. Traditional native tissue versus mesh-augmented pelvic organ prolapse repairs: providing an accurate interpretation of current literature. *Int Urogynecol J.* 2012;23:19-28.
59. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical repair of vaginal wall prolapse using mesh. June 2008. <http://www.nice.org.uk> (last accessed 28 June 2017). [Texto completo](#)
60. Sung VW, Rogers RG, Schaffer JI, et al; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Graft use in transvaginal pelvic organ prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2008;112:1131-1142.



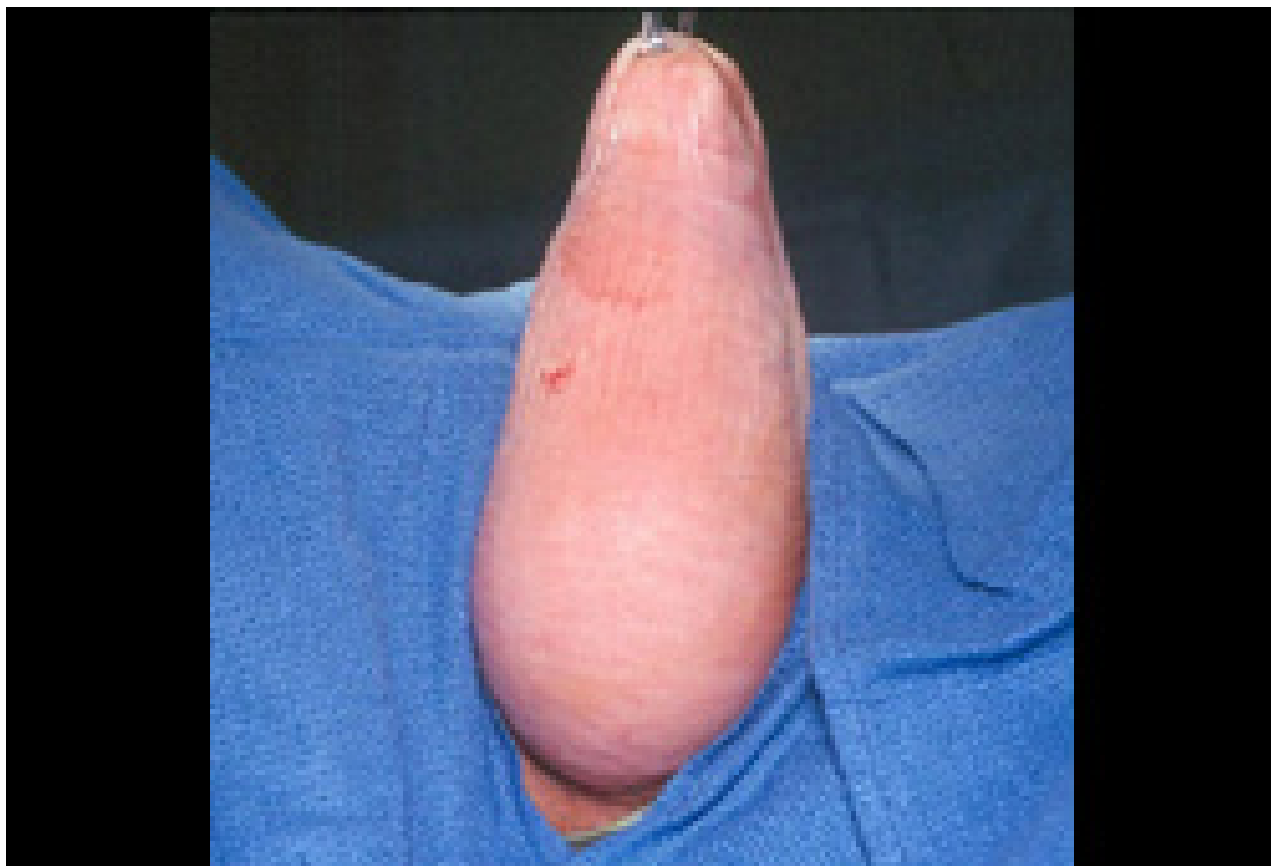
61. Shah HN, Badlani GH. Mesh complications in female pelvic floor reconstructive surgery and their management: a systematic review. *Indian J Urol.* 2012;28:129-153. [Texto completo](#)
62. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2):CD012079. [Texto completo](#)
63. Schimpf MO, Abed H, Sanses T, et al. Graft and mesh use in transvaginal prolapse repair: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2016;128:81-91.
64. Murphy M; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Clinical practice guidelines on vaginal graft use from the Society of Gynecologic Surgeons. *Obstet Gynecol.* 2008;112:1123-1130.
65. Falagas ME, Velakoulis S, Iavazzo C, et al. Mesh-related infections after pelvic organ prolapse repair surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;134:147-156.
66. Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion no. 513: vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2011;118:1459-1464.
67. American Urogynecologic Society's Guidelines Development Committee. Guidelines for providing privileges and credentials to physicians for transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012;18:194-197.
68. Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, et al. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1533-1538.
69. Culligan PJ, Murphy M, Blackwell L, et al. Long-term success of abdominal sacral colpopexy using synthetic mesh. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1473-1480.
70. Imparato E, Aspesi G, Rovetta E, et al. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse. *Surg Gynecol Obstet.* 1992;175:233-237.
71. Bensinger G, Lind L, Lesser M, et al. Abdominal sacral suspensions: analysis of complications using permanent mesh. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:2094-2098.
72. Barber MD, Visco AG, Weidner AC, et al. Bilateral uterosacral ligament vaginal vault suspension with site-specific endopelvic fascia defect repair for treatment of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1402-1410.
73. Karram M, Goldwasser S, Kleeman S, et al. High uterosacral vaginal vault suspension with fascial reconstruction for vaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1339-1342.
74. Deffieux X, Letouzey V, Savary D, et al; French College of Obstetrics and Gynecology (CNGOF). Prevention of complications related to the use of prosthetic meshes in prolapse surgery: guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165:170-180.
75. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP, et al. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol.* 2005;105:314-318.

## Imagens



*Figura 1: Estágio III do prolapso apical segundo a quantificação de prolapso dos órgãos pélvicos (POP-Q)*

*Do acervo do Prof L. Brubaker e do Dr L. Lowenstein; usado com permissão*



*Figura 2: Estágio IV do prolapso uterovaginal total (procidência) segundo a quantificação de prolapso dos órgãos pélvicos (POP-Q)*

*Do acervo do Prof L. Brubaker e do Dr L. Lowenstein; usado com permissão*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 28, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Lior Lowenstein, MD, MS, MHA, MBA**

Associate Clinical Professor and Deputy Chairman  
Department of Obstetrics and Gynecology, Rambam Health Care Campus, Rappaport Faculty of Medicine,  
Technion-Israel Institute of Technology, Haifa, Israel  
DIVULGAÇÕES: LL declares that he has no competing interests.

---

**Linda Brubaker, MD, MS**

Professor  
Dean of the Faculty of Medicine, Loyola University, Chicago, IL  
DIVULGAÇÕES: LB has received an editorial honorarium from UpToDate.

### // Colegas revisores:

---

**Chiara Ghetti, MD**

Assistant Professor  
Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, Division of Urogynecology and Pelvic  
Reconstructive Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA  
DIVULGAÇÕES: CG declares that she has no competing interests.

---

**Sushma Srikrishna, MRCOG**

Locum Consultant Urogynaecologist and Obstetrician  
Kings College Hospital, London, UK  
DIVULGAÇÕES: SS declares that she has no competing interests.