

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

MANEJO CONSERVADOR DO PROLAPSO GENITAL



O tratamento conservador deve ser visto como a opção de primeira linha para mulheres com prolapso genital, já que o tratamento cirúrgico apresenta risco de complicações e recorrência.



Objetivos dessa apresentação:

Apresentar que tipos de prolapso genital não necessitam de intervenção cirúrgica, como diagnosticá-los e os possíveis tratamentos conservadores.



Introdução

Prolapso genital é definido como a descida de um ou mais dos seguintes componentes: parede vaginal anterior, parede vaginal posterior, útero (colo uterino) ou cúpula vaginal nas pacientes hysterectomizadas.

- Cerca de 12% a 19% das mulheres serão submetidas a uma correção cirúrgica do prolapso genital durante a vida.
- Pacientes com prolapso genital podem relatar sintomas diretamente relacionados a ele, como abaulamento vaginal, pressão e desconforto, bem como sintomas urinários ou intestinais, sendo os mais comuns a disfunção miccional obstrutiva e o esvaziamento incompleto da bexiga.
- Nos Estados Unidos, o prolapso genital é considerado a principal indicação de mais de 200.000 procedimentos cirúrgicos por ano, com 25% das pacientes sendo submetidas a cirurgias subsequentes e um custo anual de mais de US\$ 1 bilhão.



Prevalência do Prolapso Genital

A prevalência global de prolapso genital apresenta variação significativa dependendo da definição utilizada, estando entre 3% e 50%, porém apenas 10% a 20% dessas mulheres buscarão avaliação médica, indicando que a maioria das mulheres com prolapso é assintomática.

Estudo	Definição	Prevalência
Nygaard, 2008	Baseada no sintoma	2,9%
Rortveit, 2007	Baseada no sintoma	5,7%
Swift, 2003	Baseada no exame físico	Estágio I: 43,3%
		Estágio II: 47,7%
		Estágio III: 2,6%
Bradley, 2007	Baseada no exame físico	Geral: 23,5 - 49,9%



Fatores de Risco para o Prolapso Genital

As características etiológicas do Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP) ainda são pouco compreendidas e multifatoriais, atribuíveis a uma diversidade de fatores de risco e variando de mulher para mulher.

Principais Fatores de Risco	Impacto na Ocorrência do POP
Parto vaginal ¹	RR 2 partos: 8,4
	RR 4 partos: 10,85
Sobrepeso ²	RR 1,36 (IC95% 1,20 – 1,53)
Obesidade ²	RR 1,47 (IC95% 1,35 – 1,59)
Idade avançada ^{3,4}	60-69 anos: OR 1,2 (IC95% 1,0 - 1,3)
	70-79 anos: OR 1,4 (IC95% 1,2 - 1,6)
	A cada década: OR 1,38 (IC95% 1,09 - 1,75)



Classificação do Prolapso Genital

A descrição e classificação sistêmica do prolapso genital são extremamente úteis para documentar de modo objetivo a severidade do problema e, principalmente, para padronizar mundialmente as definições acerca do prolapso. A descrição deve se basear no compartimento vaginal afetado:

Parede vaginal anterior	<ul style="list-style-type: none">• Cistocele, uretrocele
Parede vaginal posterior	<ul style="list-style-type: none">• Retocele, enterocele
Compartimento apical	<ul style="list-style-type: none">• Colo do útero, prolapso uterino ou da cúpula vaginal

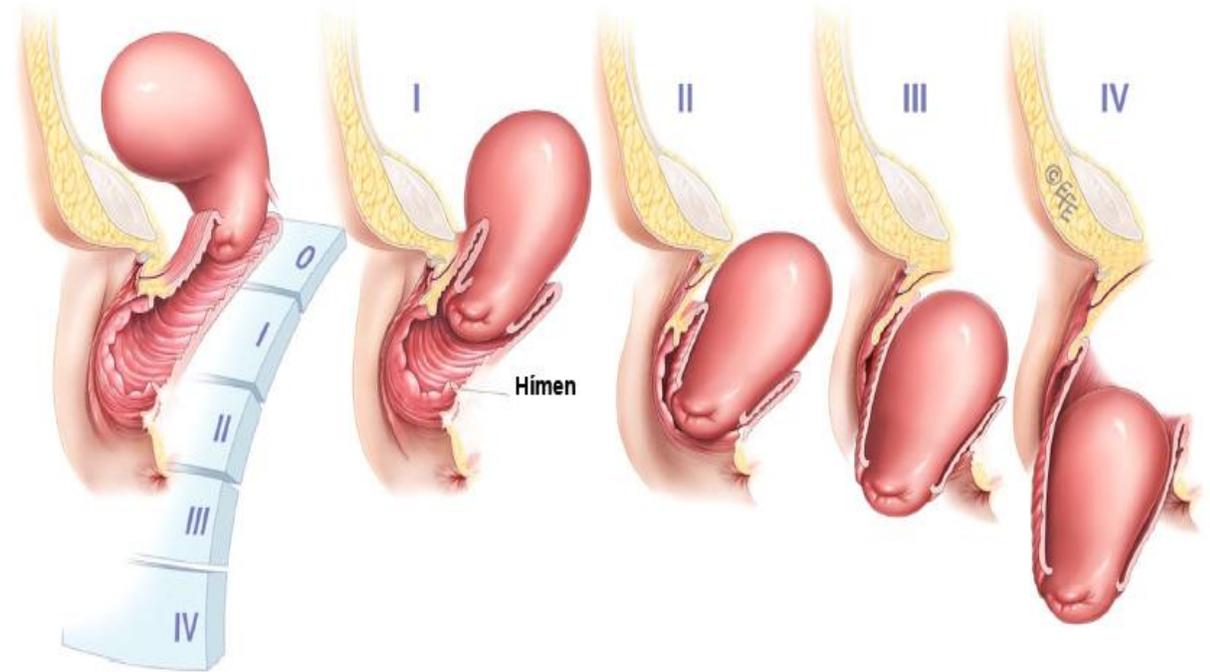
Atualmente, o sistema de quantificação mais utilizado é o *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q), desenvolvido pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) e pela Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA), em 1996.



Classificação do Prolapso Genital

Sistema de Quantificação do Prolapso POP-Q

Estágio 0	Sem prolapso.
Estágio I	Porção mais distal do prolapso está até 1cm acima do nível do hímen.
Estágio II	Porção mais distal do prolapso está entre 1cm acima e 1cm abaixo do nível do hímen.
Estágio III	Porção mais distal do prolapso está mais de 1cm além do hímen, mas não mais do que 2cm a menos que o comprimento vaginal total.
Estágio IV	Eversão completa.



Fonte: Adaptado de Haylen et al., 2016.



Indicações de Tratamento do Prolapso Genital

- O tratamento geralmente não é indicado na paciente assintomática.
- O tratamento é indicado para mulheres em que o prolapso é sintomático ou que apresentem condições associadas a ele, como disfunção urinária, evacuatória ou sexual.
- Hidronefrose secundária à compressão ureteral, obstrução do fluxo urinário ou disfunção evacuatória obstrutiva são indicações de tratamento, independente do estadiamento do prolapso.
- As opções de tratamento, tanto conservador quanto cirúrgico, devem ser oferecidas, pois não há evidência de alta qualidade comparando essas duas abordagens.



Tratamento Conservador do Prolapso Genital

- O tratamento conservador deve ser visto como a opção de primeira linha para mulheres com prolapso genital, já que o tratamento cirúrgico apresenta risco de complicações e recorrência.
- Mudanças de hábitos como perda de peso, tratamento da constipação intestinal e redução de fatores causais para tosse e aumento crônico da pressão intra-abdominal também fazem parte do manejo conservador do prolapso.

As opções de manejo conservador são:

Pessário vaginal

**Treinamento muscular do assoalho
pélvico (PFMT) através de
Fisioterapia Pélvica**

**Terapia
estrogênica**



Pessário Vaginal

Tratamento Conservador do Prolapso Genital

- É a principal opção de tratamento não-cirúrgico, pois pode ser utilizado em qualquer grau (estadiamento) do prolapso genital.
- Trata-se de um dispositivo, com uma variedade de formas e tamanhos, inserido dentro da vagina com o objetivo de manter o suporte dos órgãos pélvicos.
- Dados da literatura sugerem que cerca de 60% das mulheres utilizando o dispositivo por um período de 1-2 anos mantêm seu uso e se dizem satisfeitas com o resultado obtido. Sugerem ainda a resolução dos sintomas em 70-90% das usuárias.
- Deve ser removido e limpo periodicamente.



Pessário Vaginal: indicações

Tratamento Conservador do Prolapso Genital

- Preferência da mulher pelo tratamento não-cirúrgico;
- Comorbidades médicas severas que contraindiquem o tratamento cirúrgico;
- Necessidade de postergar a cirurgia por semanas ou meses;
- Recorrência do prolapso genital e preferência da paciente em evitar nova cirurgia;
- Ulcerações vaginais causadas pelo prolapso avançado (a redução do prolapso e aplicação vaginal de estrogênio geralmente promovem a cicatrização das úlceras em 3-6 semanas);
- Gestação atual ou desejo de futura gravidez.



Pessário Vaginal: contraindicações

Tratamento Conservador do Prolapso Genital

- Vulvovaginite ou doença inflamatória pélvica aguda (até que a infecção local seja resolvida);
- Exposição de corpo estranho na vagina (como, por exemplo, tela sintética utilizada na correção cirúrgica prévia de prolapso genital ou incontinência urinária de esforço);
- Sensibilidade ao látex (a grande maioria dos dispositivos são não-alérgênicos, de silicone, porém alguns poucos podem utilizar látex);
- Recusa em manter seguimento periódico (o não cumprimento do seguimento adequado pode ser perigoso, já que uma erosão vaginal não detectada e não tratada, pode colocar a paciente sob o risco de desenvolver uma fístula);
- Inabilidade de manejo do pessário (introdução e retirada do dispositivo).



Tipos de Pessário Vaginal

Pessário de Suporte

- Bidimensional;
- Usado para tratar todos os estágios de prolapso;
- Fácil retirada e reinserção;
- Mantém a possibilidade de relação sexual sem necessidade da sua retirada.

Pessário de Preenchimento

- Tridimensional, com uma base larga que dá suporte ao ápice vaginal;
- Usado geralmente nos estágios mais avançados de prolapso (III e IV);
- Retirada e reinserção mais difíceis;
- Só permite a relação sexual após a sua retirada.



Tipos de Pessário Vaginal

Pessário de Suporte

- São os mais utilizados, devido à sua fácil retirada e reinsertão.
- Seu tamanho varia de 0 a 10 (diâmetros de 44mm a 108mm)



Anel e anel com suporte

Pessário de Preenchimento



Donut



Gelhorn



Cubo

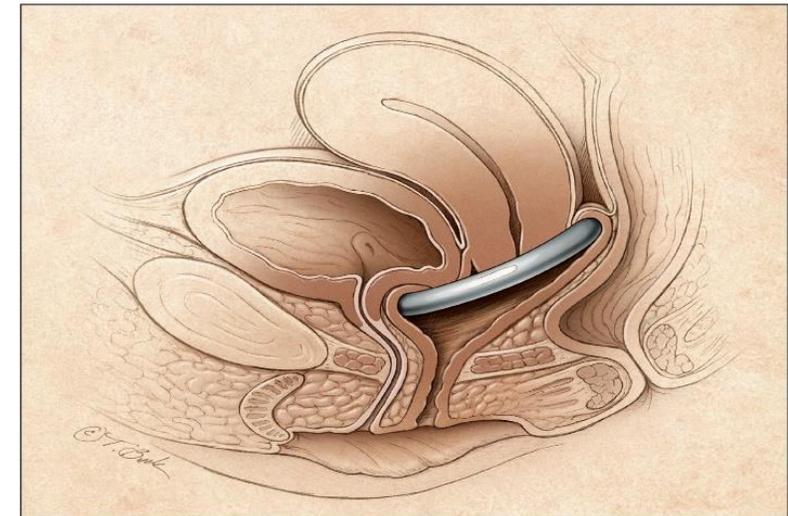


Inflatoball (ou Donut inflável)



Escolha do pessário e inserção

- Diâmetro do intróito vaginal, comprimento vaginal e estadiamento do prolapso são usados para selecionar o tipo e tamanho do pessário, entretanto a seleção do tamanho apropriado é, em grande parte das vezes, obtida através de um processo de tentativa e erro. **Deve ser prescrito o maior pessário que se acomoda confortavelmente.**
- Devem ser inseridos com a mão dominante, enquanto a outra abre o introito vaginal e deprime o corpo perineal. Uma pequena quantidade de lubrificante deve ser aplicada na borda frontal do pessário.
- Após a inserção, é solicitado à mulher que realize manobras de tosse e esforço, caminhe pelo ambulatório e realize uma micção no banheiro, para se certificar que não haverá expulsão do pessário e que ela conseguirá urinar em casa.



Posição adequada

Fonte: Iglesia, 2017



Pessário Vaginal: seguimento

- Uma visita de retorno deve ser agendada em 7 dias.
- A mulher deve ser questionada sobre efeitos adversos tais como: desconforto, expulsão do pessário, sintomas persistentes de pressão ou abaulamento vaginal, dificuldade em urinar ou evacuar, surgimento de incontinência ou urgência urinária e corrimento ou sangramento vaginal.
- O pessário deve ser removido, lavado com água e sabão, e a vagina examinada para avaliar possíveis áreas de erosão por pressão.
- Se o tamanho estiver adequado e não houver efeitos adversos, **a paciente deve ser ensinada e estimulada a removê-lo e lavá-lo a cada 7 dias (não se aplica ao cubo)**, e reinserí-lo após uma noite de “descanso”.
- Deve ser agendado um segundo retorno em 1-2 meses e, após, a cada 12 meses.



Pessário Vaginal: efeitos adversos

Erosão vaginal

- Descrita em cerca de 10% das usuárias;
- Resultado da pressão que o pessário exerce sobre a parede vaginal (quando há atrofia genital, o uso concomitante de estrogênio vaginal pode trazer benefício);
- Na maioria das vezes, se manifesta como sangramento vaginal e sintomas irritativos.

Corrimento vaginal

- Comum e geralmente atribuído à mudança na flora bacteriana no período após a menopausa;
- Vaginose bacteriana foi relatada em até cerca de 30% das usuárias.



Tratamento Conservador do Prolapso Genital

Fisioterapia Pélvica | Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (PFMT)

Os objetivos da fisioterapia são:

- Aumentar a força, rigidez e suporte da musculatura do assoalho pélvico;
- Prevenir que o prolapso se torne mais grave (progressão);
- Melhorar sintomas relacionados ao prolapso (urinário, intestinal e sexual);
- Evitar ou retardar o procedimento cirúrgico;
- Melhorar a qualidade de vida.



Tratamento Conservador do Prolapso Genital

Fisioterapia Pélvica | Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (PFMT)

O tratamento fisioterapêutico inclui:

- Avaliação
- Reeducação comportamental
- Exercícios perineais para tonificação e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico

Estimulação elétrica e Biofeedback (manométrico ou eletromiográfico) também estão incluídos no treinamento muscular do assoalho pélvico.



Fisioterapia Pélvica (PFMT): resultados

Tratamento Conservador do Prolapso Genital

Uma metanálise¹¹ incluindo 13 ensaios clínicos controlados e randomizados, com um total de 2.340 mulheres participantes com prolapso genital, comparou a eficácia da fisioterapia com a conduta expectante e encontrou os seguintes resultados:

1. Melhora nos escores de sintomas relacionados ao prolapso (questionário POP-SS) - Diferença média: -3,07 (IC95% -3,91 à -2,23);
2. Melhora no estadiamento do prolapso através do exame físico - RR: 1,70 (IC95% 1,19 – 2,44);
3. Melhora nos sintomas subjetivos associados ao prolapso em relação à linha de base - RR: 5,48 (IC95% 2,19 – 13,72)



Terapia Estrogênica

Tratamento Conservador do Prolapso Genital

- Atualmente, não há evidência que determine terapia com estrogênio tópico ou sistêmico como tratamento primário do prolapso genital.
- O papel do estrogênio parece estar mais relacionado à melhora nos sintomas de atrofia genital nessas pacientes do que propriamente no prolapso.



- **O tratamento do prolapso genital é indicado quando ele é sintomático ou se associa à disfunção urinária, evacuatória ou sexual.**
- **Opções eficazes para o manejo conservador são o pessário vaginal e a fisioterapia do assoalho pélvico.**



Referências

1. Haylen B. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016;27(2):165–94.
2. Smith FJ, Holman CDJ, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime Risk of Undergoing Surgery for Pelvic Organ Prolapse: *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1096–100.
3. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime Risk of Stress Urinary Incontinence or Pelvic Organ Prolapse Surgery: *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1201–6.
4. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2001;98(4):646–51.
5. Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(3):421–43.
6. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(5):579–85.
7. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):11–26.e3.
8. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women’s Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1160–6.
9. Swift S, Woodman P, O’Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(3):795–806.
10. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician.* 2017;96(3):179–85.
11. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* 2016;27(7):981–92.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

MANEJO CONSERVADOR DO PROLAPSO GENITAL

Material de 12 de junho de 2019

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.