



TRABALHO FINAL MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia

Sintomas, expectativas e qualidade de vida na abordagem do Prolapso de Órgãos Pélvicos

Filipa de Almeida Rigueira

MAIO' 2017



TRABALHO FINAL MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia

Sintomas, expectativas e qualidade de vida na abordagem do Prolapso de Órgãos Pélvicos

Filipa de Almeida Rigueira

Orientado por:
Dr. Alexandre Valentim Lourenço

MAIO' 2017

RESUMO

O prolapso de órgãos pélvicos é um problema comum que afeta até 50% das mulheres. O aumento da esperança média de vida leva a que o prolapso de órgãos pélvicos seja uma condição com importância crescente, particularmente desde que a maioria das mulheres passam agora um terço da sua vida na pós-menopausa.

Para uma avaliação correta e completa das pacientes e do seu prolapso devem ser avaliados: os sintomas, o exame físico, o impacto na qualidade de vida, assim como as expectativas das pacientes.

A avaliação de uma doente com prolapso requer uma visão ampla dos sintomas e uma avaliação de como estes afetam a sua qualidade de vida. A avaliação das expectativas das pacientes tem vindo a ganhar uma relevância crescente na decisão terapêutica e deve servir como base ao aconselhamento pré-operatório, especialmente numa área onde os resultados funcionais e a melhoria da qualidade de vida são a base para a intervenção cirúrgica.

Existem opções terapêuticas conservadoras e cirúrgicas. No entanto, a definição do sucesso terapêutico tornou-se um desafio e não existe uma definição padrão universalmente aceite.

O sucesso terapêutico, assim como o conceito de “cura”, ainda hoje não estão bem definidos. A abordagem do prolapso deve ter em conta a melhoria anatómica, reduzir ou eliminar os sintomas e o seu impacto na qualidade de vida e satisfazer as expectativas da paciente. No entanto, atualmente, ainda não existe um consenso de como abordar, avaliar e tratar o POP.

Palavras chave: *“Pelvic Organ Prolapse”*; *“quality of life”*; *“patient-centered goals”*

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse is a common problem affecting up to 50% of women. The increase of life expectancy leads to pelvic organ prolapse being a condition of increasing importance, particularly since most women now spend a third of their life in postmenopause.

For a correct and complete evaluation of patients and their prolapse, the following aspects should be evaluated: symptoms, physical examination, impact on quality of life, as well as patients' expectations.

The assessment of a prolapse requires a broad view of the symptoms and an evaluation of how they affect their quality of life. The assessment of patient expectations has gained increasing relevance in the therapeutic decision and should serve as a basis for preoperative counseling, especially in an area where functional outcomes and improvement of quality of life are the basis for surgical intervention.

There are conservative and surgical therapeutic options. However, the definition of treatment success has become a challenge, and there is no universally accepted definition.

Treatment success, as well as the concept of "cure", are still not well defined. The prolapse approach should consider anatomical improvement, reduce or eliminate symptoms and their impact on quality of life, and meet patient expectations. However, currently, there is no consensus on how to approach, evaluate and treat pelvic organ prolapse.

Keywords: *“Pelvic Organ Prolapse”*; *“quality of life”*; *“patient-centered goals”*

Índice

I- Índice de Figuras.....	5
II- Lista de Abreviaturas.....	5
III- Metodologia	6
IV- Introdução.....	7
V- Definição Prolapso de Órgãos Pélvicos.....	8
VI- Fatores de Risco de Prolapso de Órgãos Pélvicos	9
VII- Epidemiologia	10
VIII- Avaliação do Prolapso de Órgãos Pélvicos	11
A- Sintomas.....	11
B- Exame objetivo.....	12
C- Qualidade de vida	14
D- Expectativas das pacientes	14
E- Exames complementares	16
IX- Tratamento do Prolapso de Órgãos Pélvicos.....	17
A- Tratamento conservador.....	17
B- Tratamento cirúrgico	18
X- Definição de Sucesso Terapêutico	19
XI- Discussão	21
XII- Conclusão	23
Bibliografia	24

I- Índice de Figuras

Figura 1. Pontos de referência usados no *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q)
(14)

Figura 2. Graus do Prolapso de órgãos pélvicos utilizando o POP-Q (14)

II- Lista de Abreviaturas

EUA - Estados Unidos da América

ICS - Sociedade internacional de incontinência

IMC - Índice de massa corporal

IU - Incontinência Urinária

IUGA - Associação Internacional de Uroginecologia

PISQ-IR - *Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised*

POP - Prolapso de órgãos pélvicos

POP-Q - *Pelvic Organ Prolapse Quantification*

P-QOL - *Prolapse Quality of Life Questionnaire*

RM - Ressonância Magnética

TAC - Tomografia Axial Computorizada

III- Metodologia

Para realizar este trabalho pesquisei artigos em língua inglesa e portuguesa, desde 2003 até ao presente ano, na base de dados PubMed. Recorri às palavras-chave: “*Pelvic Organ Prolapse*”; “*quality of life*”; “*patient-centered goals*”, nas datas 5 de abril de 2017 a 21 de Maio de 2017. Após a leitura do título e do *abstract* dos artigos, selecionei os artigos usando como critérios de inclusão a adequação do título ao tema, estudos com amostras de maiores dimensões e a publicação em revistas de maior impacto.

Foram excluídos artigos relativos a casos clínicos, sem acesso ao texto integral, com custo adicional associado e repetidos. Foram também incluídos artigos de referências cruzadas, relevantes para o trabalho e referenciados na bibliografia dos artigos selecionados.

Consultei ainda o capítulo 15: *Pelvic Organ Prolapse Surgery* do livro Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence, 5ª Edição da ICUD-EAU.

IV- Introdução

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é um problema comum que afeta até 50% das mulheres após o parto. (1)

Apesar de não ser uma causa de mortalidade ou morbidade grave é uma causa importante de morbidade nas mulheres e o seu efeito na qualidade de vida foi extensamente documentado. (2)

O intervalo de idades com maior incidência dos sintomas atribuídos ao prolapso situa-se entre os 70 e os 79 anos; no entanto, é relativamente comum existirem sintomas em idades mais jovens. (3)

O aumento da esperança média de vida leva a que o prolapso de órgãos pélvicos seja uma condição com importância crescente, particularmente desde que a maioria das mulheres passam agora um terço da sua vida na pós-menopausa.

A cirurgia mantém-se como o pilar principal no tratamento do prolapso urogenital. (4) O risco de uma mulher, durante a vida, ser operada por POP é de 12.4%. (5) A probabilidade de reintervenção no POP e Incontinência Urinária (IU), 10 anos após a cirurgia é de 17% (6), no entanto quando a taxa de reoperação se foca no mesmo compartimento as percentagens variam entre 2.8 a 9.7%. (7-9)

Com o aumento da esperança média de vida é necessário planear e adaptar os cuidados de saúde à população, quer pelo aumento do seu número, quer pela necessidade aumentada de cuidados. Segundo algumas previsões (10), em 2050 o número de mulheres que sofre de POP sintomático nos EUA vai aumentar no mínimo 46%, mas estes dados são baseados apenas na percentagem de crescimento populacional; no entanto, devem ser tidas em conta as mudanças sociais e demográficas que poderão alterar os fatores de risco para POP e assim influenciar a sua incidência. Sendo o parto vaginal o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de POP, deve ser tido em conta que existe uma variação geográfica e racial no tipo de parto, pelo que esta avaliação populacional pode não refletir a nossa realidade europeia.

Durante muito tempo os estudos focaram-se apenas em definir o sucesso terapêutico pelo sucesso anatómico, sem considerarem outros aspetos importantes como os sintomas, a qualidade de vida e os resultados socioeconómicos. Para a paciente o êxito de uma

intervenção cirúrgica é o alívio dos seus sintomas e a melhoria da sua qualidade de vida, no entanto, até recentemente, estas áreas foram ignoradas. (11)

Para além disto, existe uma opinião dicotómica quando se compara a avaliação clínica do médico com a opinião das mulheres com POP. Trabalhos anteriores mostraram que os médicos tendem a subestimar o efeito da disfunção no pavimento pélvico na vida das mulheres, sendo, no entanto, mais otimistas quando avaliam o resultado dos tratamentos cirúrgicos. (12)

A reposição anatómica do trato urogenital pode não ser considerada uma cura se surgirem novos sintomas de disfunção urinária, sexual ou intestinal. (13)

Identificar os objetivos individuais da paciente pode ajudar a selecionar intervenções, especialmente numa área onde os resultados funcionais e a melhoria da qualidade de vida da paciente são a base para a intervenção cirúrgica.

Assim, este trabalho tem como objetivo aprofundar os conhecimentos existentes sobre a importância dos sintomas, expectativas e qualidade de vida das doentes e na abordagem do prolapso de órgãos pélvicos por forma a proporcionar às mulheres com POP o tratamento que melhor se adapte às suas expectativas e lhes proporcione a melhor qualidade de vida possível.

V- Definição Prolapso de Órgãos Pélvicos

Prolapso do latim *Prolapsus* significa deslizamento. Refere-se ao deslizamento ou deslocamento de uma parte ou órgão. Órgão pélvico refere-se frequentemente ao útero e aos seus órgãos adjacentes, em diferentes compartimentos vaginais, como a bexiga, reto ou intestino, assim, o prolapso de órgão pélvico (POP) é, essencialmente, uma mudança na anatomia topográfica destes órgãos. Algumas destas mudanças anatómicas podem ser consideradas dentro da normalidade para certas mulheres. (14)

O Prolapso da parede anterior da vagina, cistocelo, é a forma mais comum de POP, e é diagnosticado em cerca do dobro das vezes em relação ao prolapso da parede vaginal posterior, retocelo, e é três vezes mais comum que o prolapso apical, prolapso do útero ou cúpula vaginal. No entanto, na maioria dos casos de POP sintomático, o prolapso de múltiplos segmentos da vagina é identificado. (15)

VI- Fatores de Risco de Prolapso de Órgãos Pélvicos

Os fatores de risco para POP mais consistentemente identificados são: parto vaginal, idade avançada e índice de massa corporal (IMC) elevado. (16)

As pacientes que descrevem sintomas de abaulamento/massa na vagina são mais velhas, maioritariamente estão na pós-menopausa, têm maior número de partos e IMC elevado. Poderá existir uma correlação entre o número de fatores de risco e a quantidade de sintomas de POP. (17)

Existem poucos estudos que se foquem em entender as diferenças raciais do POP. Em estudos realizados nos EUA as caucasianas e latinas apresentam cinco vezes mais sintomas de prolapso do que as mulheres de asiáticas e afro-americanas. As mulheres caucasianas têm 40% maior risco, em relação à raça negra, de ter prolapso ao nível do hímen ou abaixo. (18) Estes dados também foram corroborados por outro estudo, realizado nos EUA, onde também se comprovou que as mulheres caucasianas estão em maior risco de desenvolver prolapso de grau II/III comparativamente às mulheres de raça negra. Os partos vaginais são o fator de risco mais relevante para o desenvolvimento de prolapso e também neste aspeto existem diferenças raciais. A paridade, após o primeiro parto, correlaciona-se mais fortemente com o desenvolvimento de prolapso nas mulheres caucasianas e, possivelmente, nas mulheres de raça negra com múltiplos partos, cinco ou mais.

Provavelmente a variação racial da morfologia óssea, dos músculos pélvicos e das propriedades do tecido conjuntivo têm um papel no mecanismo de disfunção do pavimento pélvico. (19)

VII- Epidemiologia

Na literatura atual, a prevalência de POP varia significativamente dependendo da definição usada. Quando o POP é definido e baseado nos sintomas, a prevalência é de 3 a 6%, no entanto, quando se baseia no exame físico, a percentagem é de 41 a 50%. Esta diferença pode ser explicada pelo facto do prolapso ligeiro ser detetado no exame físico embora, frequentemente, seja assintomático. (1)

É amplamente aceite que 50% das mulheres irão desenvolver POP, no entanto, nem todas são sintomáticas e apenas 10 a 20% irão procurar aconselhamento médico. (20)

Em consulta de rotina de ginecologia a perda de suporte vaginal e uterino é observado em até 30-76% das mulheres, destas 3-6% apresentam prolapso abaixo do hímen. (21)

No Reino Unido, cerca de 8,4% mulheres reportam sintomas vaginais de abaulamento/massa na vagina.(22)

Relativamente à incidência e prevalência da cirurgia do prolapso, ambas aumentam com a idade. As mulheres com mais de 80 anos são, atualmente, a faixa etária que apresenta maior crescimento no número de cirurgias. (1) Esta é a faixa etária com maior crescimento de intervenções cirúrgicas, não porque se tenha diminuído o número de intervenções nas idades mais jovens, mas porque, há uns anos atrás, não era frequente submeter mulheres com mais de 80 anos a este tipo de cirurgias; no entanto, nos dias de hoje, com o aumento da longevidade e com a melhoria das condições de vida, muitas mulheres com mais de 80 anos têm vidas ativas e condições que lhes permitem ser submetidas a cirurgia e usufruir dos seus benefícios.

A longevidade e durabilidade dos resultados da cirurgia de prolapso são variáveis importantes a ter em conta no planeamento e necessitam de uma avaliação constante.

Não foram encontrados dados epidemiológicos sobre o POP relativos à população portuguesa.

VIII- Avaliação do Prolapso de Órgãos Pélvicos

Para uma avaliação correta e completa das pacientes e do seu POP devem ser avaliados: os sintomas, o exame físico com a aplicação do POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*), o impacto na qualidade de vida, assim como ter em conta as expectativas das pacientes.

A- Sintomas

Com a perda de suporte anatómico existe uma distorção anatómica dos vários órgãos do pavimento pélvico que pode levar a uma perda da função normal destes órgãos, surgindo sintomas que incomodam a doente e a fazem procurar o médico; é muitas vezes nestas situações que é feito o diagnóstico de POP. (14)

O sintoma mais específico associado ao POP é ver ou sentir um abaulamento/massa a sair da vagina. (23). No entanto existem sintomas associados ao comprometimento da função dos órgãos vizinhos.

O prolapso ao nível ou abaixo do hímen foi sugerido como o ponto crítico a partir do qual estes sintomas surgem na maioria das mulheres. (23)

Os sintomas do trato urinário relacionados com o POP são: jato urinário fraco, fluxo intermitente, esforço para esvaziar a bexiga e sensação de esvaziamento incompleto, incontinência e urgência urinária, aumento da frequência urinária, dificuldade em iniciar a micção e micção dependente da posição. (14)

A disfunção ano-retal relacionada com o POP tem como sintomas: obstipação, sensação de esvaziamento incompleto ou obstrução ao defecar, esvaziamento intestinal com esforço e/ou com assistência manual e urgência em defecar. (14)

Dispareunia, obstrução à penetração, laxidez vaginal, diminuição ou ausência de libido são sintomas associados à disfunção sexual relacionada com o POP. (14)

A correlação entre os sintomas de prolapso e os achados no exame ginecológico não estão ainda definidos. No entanto demonstrou-se que os achados no exame ginecológico e os sintomas eram significativamente diferentes entre as mulheres que se definiam como sintomáticas ou assintomáticas, e que se correlacionavam com a severidade do prolapso.

Estudos sugerem que existe uma fraca relação entre o prolapso da parede anterior e os sintomas urinários, no entanto, a sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e esforço para esvaziar a bexiga, apresentaram uma correlação com todos os tipos de prolapso, isto pode ser explicado pela obstrução causada pelos órgãos pélvicos prolapsados. (2)

Pelo contrário os sintomas intestinais foram fortemente associados ao prolapso da parede vaginal posterior. A disfunção sexual foi ainda correlacionada com o prolapso uterino, por este poder causar obstrução à penetração. (2)

Sensação de peso, preenchimento na região pélvica e dor lombar estão frequentemente associados a graus moderados de prolapso uterino. Estes sintomas normalmente pioram com o esforço e aliviam com o repouso. (24).

Existem hoje vários questionários validados para aferir os sintomas relativos ao POP, no entanto, não é consensual qual deve ser utilizado universalmente.

B- Exame objetivo

A avaliação da cirurgia reconstrutiva de POP foi revolucionada pelo sistema *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q), publicado pela primeira vez em 1996. (25) Mais recentemente, o sistema POP-Q e os estadios do POP têm sido postos em causa e criticados pela fraca ligação entre o prolapso avaliado pelo POP-Q e o que as pacientes descrevem como sintomas. (26) No entanto, as últimas recomendações internacionais sugerem uma necessidade de melhoria na avaliação dos sinais e sintomas, mas a manutenção de uma abordagem conservadora na classificação do POP, utilizando o POP-Q, dada a sua longa utilização e a ausência de um método de classificação alternativo superior e validado.(14)

Na classificação do POP-Q são usados pontos de referência como mostra a figura 1 que servem para classificar o grau de prolapso em cada compartimento (fig.2).

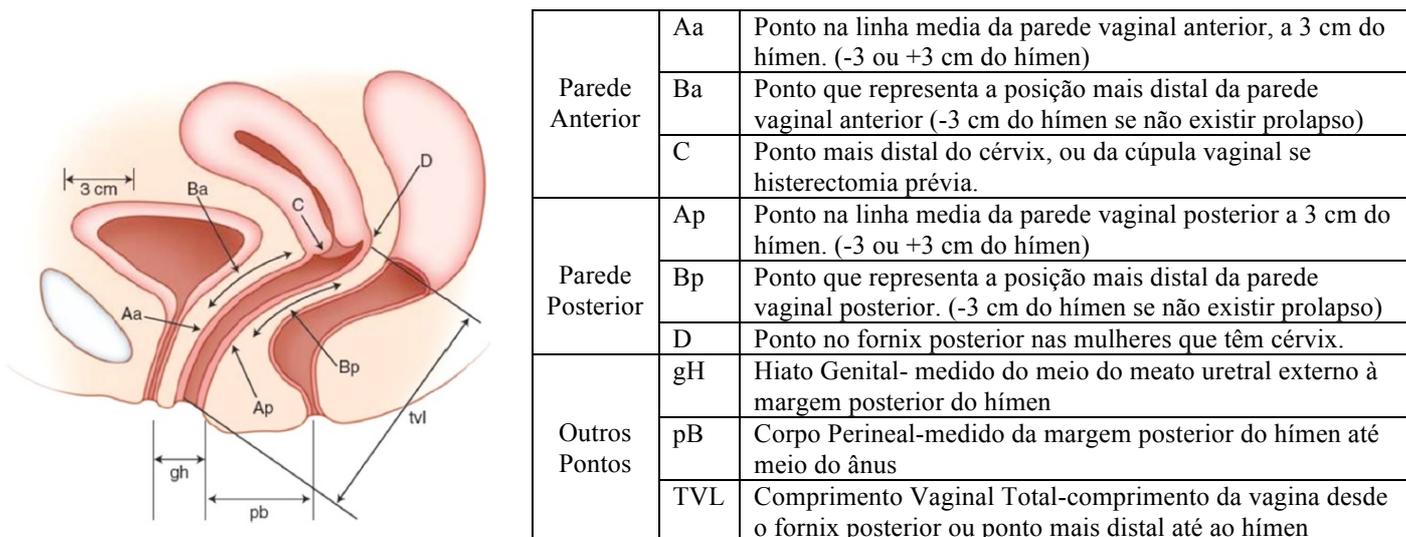


Figura 1. Pontos de referência usados no *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) (14)

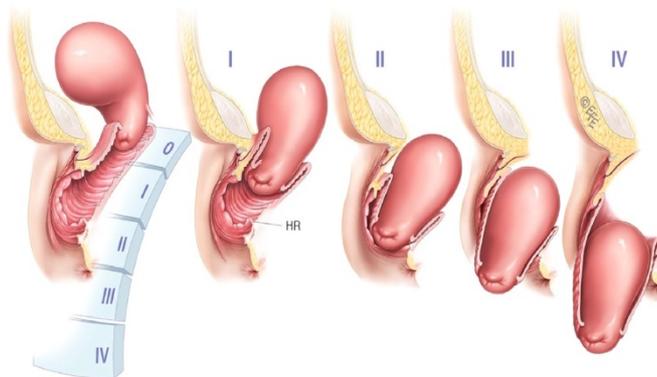


Figura 2. Graus do Prolapso de órgãos pélvicos utilizando o POP-Q. Grau 0- Ausência de prolapso; Grau I- O ponto mais distal do prolapso, está a mais de 1 cm acima do hímen; Grau II- o ponto mais distal do prolapso está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen; Grau III- O ponto mais distal do prolapso está a mais de 1 cm abaixo do hímen mas a menos do que 2 cm do comprimento total da vagina; Grau IV- eversão completa; quando o ponto mais distal do prolapso tem deslocamento igual ao comprimento total da vagina (14)

É importante associar os sintomas de abaulamento/massa na vagina juntamente com o exame físico para diagnosticar e avaliar a resposta ao tratamento do POP. (17)

C- Qualidade de vida

Vários questionários específicos para esta patologia têm sido desenvolvidos para serem usados em mulheres com prolapso urogenital sintomático. (13) Estes permitem avaliar como os sintomas, a disfunção sexual e as limitações físicas e sociais têm impacto na qualidade de vida das doentes.

A qualidade de vida tem sido frequentemente utilizada como medida de satisfação da paciente e do sucesso terapêutico. O Questionário da Qualidade de Vida no Prolapso (P-QOL) é usado para determinar o impacto do POP no dia a dia das pacientes. Este questionário é validado especificamente para esta patologia e avalia os sintomas e o impacto destes na qualidade de vida das mulheres com POP. (27)

O questionário que avalia a disfunção sexual e o seu impacto na qualidade de vida das mulheres com incontinência urinária e prolapso é o PISQ-IR (*Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-revised*), um questionário aprovado e validado pela IUGA (*International Urogynecological Association*). (28)

A melhoria da qualidade de vida é vista como um indicador importante da eficácia do tratamento, embora, atualmente, exista pouca evidência que esclareça como a avaliação da qualidade de vida se relaciona com as expectativas dos pacientes e o que é considerado uma melhoria significativa. (13)

Uma outra forma de avaliar as expectativas face ao tratamento são os chamados *patient-oriented goals*, questionários centrados nos objetivos/expectativas das doentes. Estudos de seguimento a longo prazo, revelaram que o atingimento dos objetivos se relaciona com a qualidade de vida, embora existam poucos estudos que comparem estas duas medidas de satisfação e de resultados. (4)

A avaliação de uma doente com prolapso requer uma visão ampla dos sintomas e uma avaliação de como estes afetam a sua qualidade de vida. A forma mais válida de medir a presença, severidade e impacto dos sintomas de POP nas atividades diárias de uma mulher e no seu bem-estar é através do uso de questionários psicométricos de autoavaliação. (1)

D- Expectativas das pacientes

Existem três dimensões bem estabelecidas para a avaliação das mulheres com distúrbios do pavimento pélvico que são: os achados físicos, os sintomas e avaliação da qualidade

de vida. Os objetivos/expectativas centradas na paciente podem ser integrados como uma quarta dimensão na avaliação de mulheres que procuram aconselhamento uroginecológico. (29)

A primeira publicação que se foca nos objetivos das pacientes na área do POP tentou definir o significado do sucesso cirúrgico do prolapso através da perspectiva da doente, identificando os objetivos pré-cirúrgicos da doente e verificando, após a cirurgia, se estes tinham sido atingidos. (4) Estudos subsequentes sugerem que o atingir dos objetivos se relaciona com as medidas globais de qualidade de vida e dos sintomas. (30)

As pacientes são capazes de manifestar um ou mais objetivos/expectativas. (29) Foi ainda demonstrado que os objetivos das pacientes variam conforme o grau de prolapso. (31)

Como esperado, a maioria das pacientes identificaram como principal objetivo, antes da primeira consulta, a resolução dos sintomas, no entanto, outros objetivos encontrados relacionavam-se com os estilos de vida, o foro emocional e a procura de informação. (29)

Outros estudos sugerem que os objetivos das pacientes se baseavam na resolução da sintomatologia, na retoma da atividade física e social e melhoria da função sexual. (32)

Embora os questionários de qualidade de vida identifiquem muitos aspetos relevantes, não captam aspetos da perspectiva da paciente, que têm impacto nas escolhas do tratamento e possivelmente da sua satisfação. Uma mudança de paradigma que inclua objetivos/expectativas definidos pela paciente pode ser útil na escolha de tratamentos que tenham maior probabilidade de os atingir e satisfazer as pacientes. (29)

No entanto, estes objetivos devem ser revistos com frequência uma vez que está demonstrado que os objetivos se alteram após a consulta de uroginecologia. Mais de metade das pacientes alterou o seu objetivo principal após a consulta sendo que o seu foco mudou. Os objetivos que inicialmente estavam relacionados com o alívio dos sintomas passaram a focar-se no tratamento. Após a primeira consulta as doentes possuem mais informação sobre a sua doença e, conseqüentemente, estão mais preparadas para se focarem no seu tratamento e não apenas nos seus sintomas. Para além disto, as mulheres nomearam mais objetivos após a consulta. (33)

Assim, é importante avaliar os objetivos das pacientes após a consulta uma vez que, para além de poderem existir mais objetivos, estes tendem a alterar-se.

Vários trabalhos surgiram nesta área demonstrando que este continua a ser um aspeto importante não só para a escolha do tratamento como também como ferramenta para avaliar o seu sucesso.

Devemos então ter em conta que quer a interpretação dos sintomas, quer o impacto da doença na vida das mulheres são percebidos e sentidos de uma forma muito pessoal. As doentes são influenciadas não só pelas suas experiências de vida como pelas suas expectativas face ao futuro. Assim, as suas dúvidas devem ser ouvidas e esclarecidas, deve ser dada mais informação sobre a sua patologia e as hipóteses terapêuticas para que possam tomar as suas próprias decisões de uma forma consciente e realista.

E- Exames complementares

Os métodos de imagem podem ajudar na avaliação clínica do POP. O uso de qualquer um dos diferentes métodos de imagem é, no entanto, opcional. Os métodos de imagem que podem ser utilizados são: Ecografia a 2 e 3 dimensões, Tomografia Axial Computorizada (TAC) que não é recomendada como exame de rotina pela baixa definição dos tecidos moles e pela elevada radiação associada, e a Ressonância Magnética (RM) do pavimento pélvico, que permite a visualização dos ligamentos e músculos em grande detalhe. (14) No entanto, a utilização sistemática destes métodos não é superior ao exame objetivo, devendo ser usados em casos de recidiva ou situações de difícil interpretação e que necessitam de uma avaliação adicional.

IX- Tratamento do Prolapso de Órgãos Pélvicos

O tratamento do POP deve basear-se nos sintomas, expectativas da paciente e o impacto na sua qualidade de vida. As pacientes devem ser tranquilizadas e educadas para a sua doença e opções de tratamento. Se os sintomas não forem suficientemente incomodativos para justificarem uma intervenção e os riscos associados, a vigilância e conduta expectante podem ser apropriados. As pacientes devem ser reavaliadas periodicamente e incentivadas a recorrer ao médico se os sintomas se modificarem ou se se tornarem incomodativos (34), ou se surgirem novas expectativas ou objetivos que alterem o impacto do POP na qualidade de vida.

Se as pacientes decidirem avançar com o tratamento devem ser informadas das opções conservadoras e cirúrgicas existentes.

A- Tratamento conservador

As opções conservadoras incluem treino da musculatura do pavimento pélvico e uso de pessário. (18 e 19)

Os pessários são dispositivos mecânicos, que se inserem na vagina, reduzem o prolapso, dão suporte aos órgãos pélvicos vizinhos e aliviam a pressão na bexiga e intestino. (26) São uma opção terapêutica simples, eficaz e segura. No entanto, as pacientes necessitam de acompanhamento regular para evitar que surjam complicações como infeções, erosões ou fistulas. São ideais para pacientes que desejam evitar ou adiar a intervenção cirúrgica ou não tenham condições para serem submetidas a uma cirurgia. (34)

O treino da musculatura do pavimento pélvico mostrou-se eficaz a melhorar os sintomas em mulheres com prolapso ligeiro ou moderado, no entanto, não demonstrou alteração no estadio do POP, ao exame ginecológico. (23 e 24)

Apesar de não existir evidência científica, o aconselhamento para mudanças de estilo de vida como a redução do peso corporal, controlar da obstipação e redução do levantamento de pesos, por não terem riscos associados, podem ser aconselhados às pacientes, dado que reduzem a pressão intra-abdominal. (21)

B- Tratamento cirúrgico

O objetivo da cirurgia do POP é melhorar os sintomas através da correção anatômica. A cirurgia de reconstrução pélvica do POP tenta reparar os tecidos que suportam os órgãos pélvicos e restaurar a sua estrutura e função. (34) A cirurgia de POP pode ser feita por via vaginal, abdominal, laparoscópica ou robótica, no entanto, a via mais utilizada é a transvaginal.

Nas mulheres com POP avançado o prolapso de múltiplos segmentos é comum, sendo muitas vezes necessário combinar a intervenção em mais do que um compartimento. (21) Existem várias técnicas transvaginais de correção do POP e estas podem reparar o prolapso através do uso de tecido nativo ou com a colocação de redes sintéticas.

Não existe atualmente um consenso sobre que intervenção cirúrgica é superior, cada uma tem os seus riscos e benefícios. A reparação usando redes tem sido recentemente escrutinada por agências regulamentadoras e sociedades médicas, pelo potencial risco de efeitos adversos, relativamente a outras abordagens. (21)

A Sociedade Europeia de Urologia e a Sociedade Europeia de Uroginecologia chegaram este ano a um consenso sobre o uso de redes sintéticas no POP. Dados recentes sugerem que o uso de materiais não autólogos na cirurgia tem benefícios bem definidos mas riscos significativos, específicos da condição e localização em que são usados. Assim, as redes sintéticas só devem ser usadas em casos complexos de prolapso recorrente do mesmo compartimento e restrito aos cirurgiões com treino específico, que trabalhem em centros de referência. (35)

Novos procedimentos cirúrgicos para a cirurgia reconstrutiva do POP têm evoluído drasticamente nas últimas décadas, sugerindo que existe uma insatisfação com as cirurgias convencionais e que ainda não foram encontrados os procedimentos ideais. (36) Num estudo prospetivo, ao fim de um ano, as doentes tratadas cirurgicamente, atingiram mais objetivos e apresentavam maior satisfação, comparativamente às doentes tratadas de forma conservadora. (37) Esta diferença pode dever-se ao empenho da mulher no seu tratamento, isto é, uma mulher que decida fazer um tratamento cirúrgico envolve-se e acredita que este vá ter maior sucesso e, por isso, pode sentir-se mais satisfeita com a sua escolha.

10 anos após a cirurgia de POP as pacientes mantinham uma média de 83% de objetivos atingidos, e os cirurgiões, 82%. (38) Apesar dos objetivos das doentes e dos cirurgiões serem diferentes, ambos tinham sido atingidos e mantidos em grande escala.

X- Definição de Sucesso Terapêutico

Definir os resultados do tratamento, bem como os objetivos/expectativas da paciente continua a ser um grande desafio para os médicos no tratamento do POP. O objetivo da cirurgia do POP é repor a anatomia, reduzir/eliminar os sintomas, evitar complicações e satisfazer a paciente. No entanto, a definição do sucesso terapêutico tornou-se um desafio, e não existe uma definição padrão universalmente aceita. (34)

O impacto do prolapso de órgãos pélvicos é multidimensional pelo que o sucesso terapêutico é difícil de definir. Felizmente, nos últimos anos, as medidas para avaliar o POP melhoraram; hoje o POP-Q é aceito internacionalmente e é um método fidedigno de avaliação do suporte anatómico do útero e da vagina. Também surgiram questionários validados para POP que avaliam os sintomas e o seu impacto na qualidade de vida desta patologia. (1)

Poucos estudos abordaram os objetivos e expectativas pré-operatórias das pacientes, no entanto, estes podem ter vantagens significativas em relação às medidas objetivas. (36) O atingimento dos objetivos definidos pelo paciente para o tratamento do POP associa-se à melhoria da qualidade de vida e consequentemente a maior satisfação da paciente. (39)

Tradicionalmente medidas objetivas de avaliação têm sido usadas para avaliar os resultados obtidos nos tratamentos, por serem consideradas mais robustas. Apesar disto, não existe uma opinião consensual sobre que método de avaliação de resultados é mais adequado. (40)

A ausência de sintomas de abaulamento/massa na vagina foi associado a uma melhoria subjetiva após cirurgia de POP, enquanto o sucesso anatómico por si só não teve essa associação. (11)

Uma das principais dificuldades em descrever os resultados da cirurgia de prolapso é que, ao contrário da maioria das cirurgias, os resultados não são relatados de forma consistente, o que dificulta a avaliação dos procedimentos. (36)

A Sociedade Internacional de Incontinência em conjunto com Associação Internacional de Uroginecologistas criaram recomendações para que os resultados cirúrgicos sejam reportados de forma uniformizada em todos os estudos, permitindo assim serem comparados procedimentos. Assim, estes devem abordar os seguintes resultados: dados peri-operatórios (duração da intervenção cirúrgica, tempo de internamento, etc.), resultados objetivos (POP-Q), resultados relatados pela paciente (escala de sintomas), satisfação (atingimento dos objetivos das pacientes), qualidade de vida (questionários validados), necessidade de cirurgias adicionais, avaliação económica e complicações. É importante que sejam relatados todos estes aspetos de forma a serem utilizados para criar informações úteis para a prática clínica e para informar as pacientes sobre os potenciais resultados de determinado procedimento. (36)

XI- Discussão

O sucesso terapêutico, assim como o conceito de “cura”, ainda hoje não estão bem definidos. Assim como não existe um consenso de como abordar, avaliar e tratar o POP. Atualmente não existe nenhum documento que englobe todos os elementos necessários para o diagnóstico do POP, se existisse este deveria conter informação da descrição completa da terminologia dos sinais, sintomas, achados clínicos, investigação funcional do POP, métodos de imagem associados à investigação, diagnósticos mais comuns e os diferentes tratamentos conservadores e cirúrgicos. (14)

Se o POP não é causa de mortalidade, e o seu tratamento visa apenas a redução de sintomas e melhoria da qualidade de vida, estes devem ter um papel importante na sua avaliação e devem ser usados como orientadores para a decisão terapêutica, assim como para a avaliação dos resultados obtidos com o tratamento. As expectativas das mulheres para a cirurgia são particularmente importantes quando a cirurgia é feita com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. (29)

A avaliação das expectativas das pacientes tem vindo a ganhar uma relevância crescente na decisão terapêutica e deve servir como base ao aconselhamento pré-operatório, por forma a que as doentes tenham expectativas realistas e que, por isso, tenham maior satisfação/sucesso terapêutico. Na literatura são escassos os dados colhidos após o tratamento que avaliam se as expectativas da paciente, sobre o seu tratamento, foram alcançadas. (13)

No entanto, como exposto anteriormente, as expectativas das doentes são modificadas pela consulta com o seu médico e, por isso, podem ser moldadas. Isto deve ser tido em conta se se usar as expectativas como medida de sucesso terapêutico uma vez que os resultados podem ser influenciados pelos médicos, quer inadvertidamente quer advertidamente. Se o médico conseguir baixar as expectativas da doente, não lhe dando grandes esperanças de melhoria com o tratamento esta ficará muito satisfeita com qualquer resultado positivo, apesar do seu sucesso ser igual ao de outros médicos.

Existem estudos que se focaram em avaliar a perspectiva do médico e das pacientes face ao tratamento e à avaliação do seu resultado. Os médicos subestimam os sintomas e o seu

impacto na qualidade de vida das doentes e sobrevalorizam os seus resultados cirúrgicos, uma vez que se focam maioritariamente na reposição anatómica dos órgãos pélvicos, enquanto as pacientes valorizam maioritariamente a diminuição/ausência dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

Devido aos custos elevados, assim como o risco de recorrência após a cirurgia, os objetivos da paciente e do cirurgião devem ser claros antes da intervenção cirúrgica. É também importante considerar os estilos de vida na escolha da cirurgia e o seu impacto nos seus resultados, tais como ocupações, hábitos de exercício, atividade sexual, e intervenções anteriores por prolapso. (34)

Assim, a abordagem do tratamento do POP deve ter em conta as expectativas das pacientes que devem ser envolvidas no processo de escolha do seu tratamento.

XII- Conclusão

Os médicos/investigadores não devem focar-se apenas na reposição anatômica, uma vez que cada vez mais está provado que esta não se correlaciona completamente com os sintomas e qualidade de vida e pode levar a tratamentos desajustados às expectativas das pacientes e avaliações incorretas do tratamento.

Deveria haver então um esforço científico em procurar e descrever a abordagem mais correta do prolapso de órgãos pélvicos, uma vez que esta patologia terá um crescimento percentual no futuro, sendo que se vai manter como relevante na prática clínica da Ginecologia.

Para que se consigam comparar estudos, os investigadores devem seguir os mesmos métodos descritivos que já foram publicados pela ICS/IUGA em 2016 para ser possível ter dados concretos que permitam concluir qual a melhor abordagem a esta patologia, nas várias situações.

No futuro será importante definir *guidelines* de avaliação de sintomas e qualidade de vida para existir uma uniformidade na abordagem do POP, tal como já existe para a incontinência urinária.

Dado o aumento da necessidade de recursos que serão necessários para as cirurgias de POP no futuro é primordial que se realizem intervenções eficazes, duradouras e custo-efetivas, com o mínimo de morbidade.

Existe pouca investigação em Portugal nesta patologia e deveriam existir estudos epidemiológicos sobre a nossa população por forma a adaptar a abordagem e o tratamento à mesma.

Bibliografia

1. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 5th ed [Paris]: ICUD-EAU; 2013. Chapter 15, Pelvic organ prolapse surgery; 1377-1442
2. Digesu G, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG*. 2005; 112(7): 971-6
3. Luber K, Boero S, Choe J. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(7): 1496-501
4. Kathie L, Hullfish K, Bovbjerg V, Gibson J, Steers W. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: What is success, and is it achieved?. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187(1): 88-92
5. Wu J, Matthews C, Conover M, Pate V, Funk M. Lifetime Risk of Stress Urinary Incontinence or Pelvic Organ Prolapse Surgery. *Obstet Gynecol*. 2014;123(6):1201-6.
6. Denman M, Gregory W, Boyles S, Smith V, Edwards S, Clark A. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198: 555.e1-5
7. Diwadkar G, Barber M, Feiner B, Maher C, Jelovsek J. Complications and reoperation rates following surgical repair for apical vaginal prolapse: A meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2009; 113: 3670–3
8. Kapoor D, Nemcova M, Pantaziz K, Brockman P, Bombieri L, Freeman R. Reoperation rate for traditional anterior repair: Analysis of 207 cases with a median 4 year follow up. *Int J Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2010; 21: 27–31
9. Miedel A, Tegerstedt G, Mörlin B. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008; 19: 1593–601
10. Wu J, Hundley A, Fulton R, Myers E. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(6): 1278-1283

11. Barber M, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler T, Schaffer J, Chen Z, et. al. Defining Success After Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol*, 2009; 114: 600–9
12. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Is there a difference in patient and physician quality of life evaluation in pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 517–20
13. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Cartwright R. Experiences and expectations of women with urogenital prolapse: a quantitative and qualitative exploration. *BJOG*. 2008; 115: 1362–1368
14. Haylen B, Maher C, Barber M, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et. al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*. 2016; 35: 137–168
15. Handa V, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190: 27-32
16. Vergeldt T, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015;26: 1559-73
17. Kowalski J, Melero G, Mahal A, Genadry R, Bradley C. Do patient characteristics impact the relationship between anatomic prolapse and vaginal bulge symptoms?. *Int Urogynecol J*. 2017; 8(3): 391-396
18. Whitcomb E, Rortveit G, Brown J, Creasman J, Thom D, Eeden S, et. al. Racial Differences in Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(6): 1271–1277
19. Kudish B, Iglesia C, Gutman R, Sokol A, Rodgers A, Gass M, et. al. Risk factors for prolapse development in white, black, and hispanic women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011; 17(2): 80–90
20. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-506

21. Barber M. Pelvic organ prolapse. *BMJ* 2016; 354: i3853
22. Cooper J, Annappa M, Dracocardos D, Cooper W, Muller S, Mallen C. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a cross-sectional survey. *Int Urogynecol J* 2015; 26: 505-10
23. Barber M. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol.* 2005; 48(3): 648–61
24. Swift S, Tate S, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189: 372– 379
25. Bump R, Mattiasson A, Bo K, Brubaker L, DeLancey J, Klarskov P, et. al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175(1): 10–7
26. Bovbjerg V, Trowbridge E, Barber M, Martirosian T, William W, Hullfish K. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 568.e1-6
27. Digesu G, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(3): 176-81
28. Rogers R, Rockwood T, Constantine M, Thakar R, Kammerer-Doak D, Pauls R, et. al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the pelvic organ prolapse/incontinence sexual questionnaire, IUGA- revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J.* 2013; 24(7): 1091–103
29. Lowenstein L, FitzGerald M, Kenton K, Dooley Y, Templehof M, Mueller E, et. al. Patient-selected goals: the fourth dimension in assessment of pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2008. 19: 81–84
30. Hullfish K, Bovbjerg V, Steers W. Patient-centered goals for pelvic floor dysfunction surgery: Long-term follow-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2004; 191: 201e5

31. Adams S, Dramitinos P, Alex A, Dodge L, Elkadry E. Do patient goals vary with stage of prolapse?. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205: 502.e1-6
32. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. A longitudinal study of patient and surgeon goal achievement 2 years after surgery following pelvic floor dysfunction surgery. *BJOG.* 2010; 117: 1504–1511
33. Lowenstein L, Kenton K, Pierce K, FitzGerald M, Mueller E, Brubaker L. Patients' pelvic goals change after initial urogynecologic consultation. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197: 640.e1-3
34. Aponte M, Rosenblum N. Repair of Pelvic Organ Prolapse: What is the Goal?. *Curr Urol Rep.* 2014; 15: 385
35. Chapple C, Cruz F, Deffieux X, Milani A, Arlandis S, Artibani W, et. al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *EUR UROL.* 2017; 7330
36. Hobson P, Freeman R, Barber M, Maher C, Haylen B, Athanasiou S, et. al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Reporting Outcomes of Surgical Procedures for Pelvic Organ Prolapse. *Neurourology and Urodynamics.* 2012; 31: 415–421
37. Hullfish K, Bovbjerg V, Gurka M, Steers W. Surgical vs. non-surgical treatment in women with pelvic floor dysfunction: Patient-centered goals at one year. *J Urol.* 2008; 179(6): 2280–2285
38. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Thiagamoorthy G. Patient and surgeon goal achievement 10 years following surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2015; 26: 1679–1686
39. Bovbjerg V, Trowbridge E, Barber M, Martirosian T, Steers W, Hullfish K. Patient-centered treatment goals for pelvic floor disorders: association with quality-of-life and patient satisfaction. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200: 568.e1-6

40. Robinson D, Anders K, Cardozo L, Bidmead J. Outcome measures in urogynaecology: the clinician's perspective. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007; 18: 273–9
41. Jelovsek J, Barber M. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(5): 1455–61

Nota: Bibliografia de acordo com as normas de Vancouver.