

O prolapso uterino e a anatomia aplicada aos seus procedimentos de correção

Uterine prolapse and the anatomy applied to its correction procedures

DOI:10.34119/bjhrv5n6-050

Recebimento dos originais: 10/10/2022

Aceitação para publicação: 08/11/2022

Francisco Daniel Nunes Cruz

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: francisco.nunes@souunit.com.br

Rodrigo Pires de Souza Lima

Mestrado em Doenças Congênicas do Pulmão pela Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: slrodrigopires@gmail.com

Aloysio Soares Santos

Graduado em Medicina pela Universidade Tiradentes

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: aloysio.sanres@hotmail.com

Lara Almeida Oliveira

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: almeidalara32@gmail.com.br

Nívea Victória da Silva Costa

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: nivea.victoria@souunit.com.br

Roberta Araújo de Lucena

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: roberta.aruajo99@souunit.com.br

Henriky Santana Santos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Tiradentes

Endereço: Avenida Murilo Dantas, N° 300, Campus Aracaju, Farolândia

E-mail: henriky.santana@souunit.com.br

RESUMO

O presente estudo tem por finalidade apresentar uma revisão de literatura com intuito de entender no que consiste o prolapso uterino, analisando as estruturas anatômicas alteradas nessa enfermidade e os possíveis tratamentos. Nesse objetivo, foram selecionados e analisados 26 artigos sobre o assunto e foram utilizados também 2 livros didáticos de anatomia. Uma vez que o prolapso uterino consiste numa hérnia do conteúdo pélvico no canal vaginal que ocorre, geralmente, quando há falta, atraso ou deficiência da co-contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP), principalmente do músculo elevador do ânus durante o aumento da pressão intra-abdominal, que gera perda de sustentação e fixação de determinados órgãos pélvicos na parede abdominal e por conseguinte, ao prolapso destes. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, que objetivam aliviar os sintomas, focam na restauração da anatomia da região e corrigir alterações funcionais sexuais e eventuais incontinências, sejam elas urinária ou fecais.

Palavras-chave: prolapso de órgão pélvico, genitália feminina, diafragma da pelve.

ABSTRACT

The present study aims to present a literature review with the purpose of understanding what uterine prolapse is, analyzing the anatomical structures altered in this disease and the possible treatments. For this purpose, 17 articles on the subject were selected and analyzed. Since Uterine prolapse consists of a hernia of the pelvic content in the vaginal canal that occurs, generally, when there is lack, delay or deficiency of the co-contraction of the pelvic floor muscles (PFM), mainly the levator ani muscle during the increase of intra-abdominal pressure, which generates loss of support and fixation of certain pelvic organs in the abdominal wall, and, consequently, their prolapse. As for surgical procedures, which aim to relieve symptoms, restore the anatomy of the region and correct sexual functional alterations and eventual incontinence, without urinary or fecal incontinence.

Keywords: pelvic organ prolapse, female genitalia, pelvic diaphragm.

1 INTRODUÇÃO

O prolapso é considerado uma hérnia do conteúdo pélvico pelo canal vaginal e vários fatores de risco para sua ocorrência são sugeridos. É objetivamente descrito como um enfraquecimento ou defeito nos órgãos pélvicos de suspensão, os quais são ancorados através de ligamentos e estruturas de sustentação constituídas por fâscias e músculos.

O baixo nível socioeconômico é um fator frequente nas pacientes com prolapso uterino, tendo como conceito a saída pelo canal vaginal do ápice da vagina (colo de útero e colo do útero e toda parede vaginal). Outrossim, é uma patologia com poucos dados uma vez que as pacientes que permanecem no estágio inicial da doença acabam não revelando a patologia aceitando a

mesma como um problema consequente a senilidade e da multiparidade vaginal. Outro problema que atrapalha a análise da prevalência é a existência de diferentes sistemas de classificação para diagnósticos e a não diferenciação em mulheres sintomáticas e assintomáticas (BARBER 2013) (ROGERS 2022).

Diversos fatores de risco estão associados ao surgimento da fraqueza da musculatura pélvica, que leva a sua evolução à patologia citada, um deles é a paridade que é diretamente proporcional ao aumento do risco de desenvolvimento. Entre as mulheres que tiveram filhos, as estimativas são de que 75% do prolapso pode ser atribuído à gravidez e ao parto como também a idade avançada aumenta o risco por conta da atrofia do assoalho pélvico que leva a diminuição do tônus muscular do mesmo. (ROGERS 2022).(BRITO 2018)

Um estudo relatou que mulheres na pós-menopausa com prolapso de útero (PU) tinham concentrações significativamente mais baixas de estrogênio sérico e concentrações mais baixas de receptores de estrogênio nos ligamentos do assoalho pélvico quando comparadas com mulheres sem (PU) (JACKSON, 1996). A obesidade também é apresentada como aumento do risco, principalmente por conta do processo inflamatório ocasionado pela obesidade. Além disso o aumento da pressão abdominal, leva também a um aumento do risco de desenvolvimento do mesmo, não obstante anormalidade do colágeno como distúrbios do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Ehlers-Danlos) ou anormalidades congênitas (por exemplo, extrofia da bexiga) contribuem para o PU. Mulheres com articulações hipermóveis têm maior prevalência de prolapso do que mulheres com mobilidade articular normal, sugerindo que anormalidades do colágeno podem desempenhar um papel em ambos os distúrbios (PESSOA 2021).

Todos esses fatores agem de maneira direta na anatomia nos suportes do órgão pélvico, esse suporte é fornecido pelos músculos do assoalho pélvico e as conexões com a pelve óssea. A sustentação muscular da cavidade pélvica ocorre pela contração intencional dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em que o levantador do ânus, com seus três feixes puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, realizam levantamento e compressão ao redor da uretra, vagina e ânus, oferecendo suporte estrutural horizontal aos órgãos pélvicos. Os MAP são encobertos por uma fásia, conectados à fásia endopélvica que envolve os órgãos pélvicos e auxiliam em seu suporte. Quando algumas dessas estruturas estão em desarmonia, causam as disfunções dos MAP. (ROGERS 2022) (CLAY 2003) (MOORE 2006)

No quadro clínico que direciona o diagnóstico em seu principal aspecto é queixa da paciente de sensação de peso ou “bola na vagina”. A confirmação diagnóstica é feita através do exame físico realizando a manobra de valsalva. sendo classificada na classificação subjetiva de

Baden- Walker e a quantitativa chamada de POP-Q(Pelvic Organ Prolapse Quantification) (WU 2014)

Em relação aos tratamentos eles são divididos em alguns tipos, o primeiro deles é o tratamento conservador (pessários vaginais e fisioterapia), outra possibilidade é tratamento reconstrutivo do compartimento anterior e/ou posterior. Como também o tratamento reconstrutivo do compartimento apical e por fim tratamento obliterativo do compartimento apical, todos os tratamentos cirúrgicos têm como objetivo final utilizar técnicas que levem a reconstrução da musculatura do assoalho pélvico e a melhora da sua contratilidade e gerar melhor rotina de vida para as pacientes (BARBER, 2014) (ALBUQUERQUE, 2016) (MAHER 2013).

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura a partir de um levantamento bibliográfico na base de dados eletrônica BIREME, com filtro para os artigos da LILACS produzidos a partir do ano de 2014, no qual foi utilizada como palavra chave para pesquisa o termo “prolapso uterino”; a partir daí foram encontrados 23 artigos, os quais foram escolhidos 9. Além disso, foram utilizados usados os descritores: prolapso de órgão pélvico. genitália feminina e diafragma da pelve na base de dados Pubmed foram encontrados 29 artigos e deste 11 foram selecionados, pela relevância os que apresentavam maior descrição dos tratamentos e suas correlações anatômicas. Outrossim, foi utilizado também o banco de dados UpDate com a pesquisa do termo “prolapso uterino” onde foi lido e utilizado para o trabalho os 6 artigos encontrados mais recentes. E por fim, foi utilizado na revisão também dois livros texto de anatomia que abrangiam a anatomia do assoalho pélvico de maneira mais detalhada. Todos esses dados foram lidos e resumidos para desenvolvimento da revisão.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

O prolapso uterino como a grandes maiorias das patologias no padrão ginecológico tem um grande impacto no bem-estar de vida da mulher por causa comprometimentos das condições de vida da mulher uma vez que leva a mesma a desenvolver quadros como incontinência urinária, aumento do fluxo vesical, disfunção sexual e anorretais. Em sua grande maioria aparecendo em mulheres idosas, quando falamos de idosas entre 70-79 anos, cerca de 50% apresentam disfunção do assoalho pélvico. (ALVES, 2018) (BRITO 2018)

Na avaliação global, pode-se identificar os sintomas que mais geram alteração na qualidade de vida desse grupo são o abaulamento vaginal que em sua grande maioria acontece

aos esforços que aumentam pressão intra abdominal e nos estágios mais avançados mesmo em repouso como também a sensação de peso que interfere em atividades básicas do dia a dia da mulheres com essa patologia (MANONAI et al., 2011) (ALVES, 2018)

Outrossim, outro tópico importante que tem repercussão por conta do prolapso dos órgãos pélvicos é a alteração na vida sexual das mulheres uma vez que cerca de 85% da pacientes com essa condição tem diminuição parcial ou total de libido, cerca de 74% evoluem para anorgasmia (sem capacidade de chegar ao orgasmo) e por fim 65,7% apresenta quadro de dispareunia (dor durante o ato sexual) que leva cada vez mais a diminuição das relações pela insegurança associado ao o ato. (COELHO, 2018) (AZEVEDO 2019)

Diversos fatores de risco estão relacionados com o aumento da prevalência do queda dos órgãos pélvicos, temos a obesidade que leva um aumento da pressão intra abdominal, junto com doenças crônicas respiratória e o tabagismos que por conta da tosse excessiva levam a sobrecarga abdominal também, além de que o alto índice de massa corpórea aumento os radicais livres processos inflamatórios sistêmicos levando a maior fragilidade e atrofia da musculatura pélvica em geral. (ARNOUK, 2017)

A multiparidade também se apresenta com um fator de grande importância, nos casos de descida de órgãos pélvicos, quando se compara com paciente nulíparas a mulher que teve uma gestação tem 4 vezes mais risco e assim progressivamente o risco. Estudo aponta que mulheres com mais de 40 anos e com parto vaginal têm 9,73 vezes mais prolapso em estágio avançado (ultrapassando hímen). Além disso, o uso de fórceps no parto, o tempo prolongado de trabalho de parto, o alto peso ao nascer da criança sem fatores preditores positivos de desenvolvimento da patologia. (BRITO, 2018) (ROGERS 2022).

Alterações que ocorrem com a menopausa que levam à diminuição dos níveis estrogênicos gera a degradação do tecido conjuntivo, diminuição da inervação e vascularização pélvicas levam o aumento do índice de casos. História familiar, etnia e histerectomia prévia ainda trazem resultados controversos, entretanto alguns estudos os trazem associados ao aumento de números de casos. (ROGERS 2022).(GIANNINI, 2019)

Todos esses fatores interferem de maneira direta na sustentação anatômica do assoalho pélvico que é feito entre a relação dos músculos da região e as ligações do tecido conjuntivo à pelve óssea. O suporte primário é fornecido pelos músculos pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo geram uma base sólida onde órgãos pélvicos se amparam, tem um carácter elástico que com o envelhecimento e esforço podem tornam esse complexo enfraquecido. (ROGERS 2022). A fásia endopélvica estabiliza os órgãos pélvicos na posição correta para que sejam suportados pelos músculos pélvicos (UMEK 2004)

DeLancey descreveu um sistema de níveis de suporte vaginal. Cada nível de sustentação se refere à elevação de um segmento vaginal distinto. O nível 1 é responsável pela elevação do compartimento apical da vagina. Consiste na fixação dos ligamentos cardinal e uterossacrais ao colo uterino e à vagina superior. A perda do suporte de nível 1 contribui para o prolapso apical (prolapso uterino ou de cúpula). (DELANCEY 1992) (UMEK 2004)

Nível 2 tem como função a fixação da a a vagina média, ao longo de sua extensão, à fáscia do arco tendíneo pélvico, por meio dos ligamentos paravaginais que são contíguos ao complexo cardinal/uterossacral na espinha isquiática. A perda de suporte do nível 2 contribui para o prolapso da parede vaginal anterior. E por fim, o nível 3 corresponde ao corpo perineal, dando suporte ao terço distal da vagina. A lesão nessa área contribui para prolapso da parede vaginal anterior e posterior, alargamento do introito e descenso perineal. (DELANCEY 1992) (UMEK 2004)

Não obstante, a terminologia tem relação direta com alteração ou deficiência anatômica encontrada. A exemplo da cistocele que consiste na descida do compartimento anterior, apresentando-se como queda da parede anterior da vagina podendo estar associada a descida da bexiga. A retocele mostra-se como o prolapso da parede posterior vaginal, frequentemente associado junto com queda do reto. (ROGERS 2022).

O prolapso propriamente dito ou a saída da cúpula vaginal leva o nome de prolapso de compartimento apical, que se define como descida do ápice a vagina ou além do intróito vaginal. Como também pode ser o útero completo ou apenas o colo do útero ou a abóbada vaginal dependendo se a mulher foi submetida a histerectomia. E por fim, a procidência uterina que é a herniação de todos os três compartimentos através do intróito vaginal. (ROGERS 2022).

Além da terminologia associada a região acometida existe também uma classificação dos estágios do prolapso levando em conta o quantitativo herniado chamado Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q). Dividindo-se em estágio 0: não há prolapso; estágio 1: ponto mais distal do prolapso localizado 1 cm acima do hímen; estágio 2: ponto mais distal do prolapso localizado entre 1cm acima e 1 cm abaixo do hímen; estágio 3: ponto mais distal do prolapso localizado 1 cm abaixo do hímen, porém 2 cm a menos que o comprimento total da vagina; estágio 4: eversão completa, quando o ponto mais distal do prolapso tem deslocamento igual ao comprimento total da vagina.(PERSU 2011)

As manifestações clínicas das pacientes andam junto com as alterações estruturais do assoalho pélvico e as mesmas se apresentam como sintomas de protuberância ou pressão, sintomas urinários, sintomas defecatórios, efeitos na função sexual. (SWIFT, 2003)

A queixa de pressão vaginal, sensação de protuberância é sintoma mais comum no quadro, porém muitas vezes é ignorado pelas pacientes, uma vez que muitas acabam achando consequência de senilidade. Algumas mulheres conseguem ver uma protrusão do prolapso além do intróito. A protrusão da vagina pode resultar em corrimento crônico e/ou sangramento por ulceração. (ROGERS 2022) (SWIFT, 2003)

Os sintomas urinários mais recorrentes estão relacionados a perda de suporte da parede e ápice vaginal, que leva nos estágios I e II a incontinência urinária de esforço e nos estágios mais avançado III e IV, pode leva a obstrução total ou parcial da via urinária (MARINOVIC 2014). Além disso, algumas mulheres com POP apresentam enurese ou incontinência durante a relação sexual (TOK 2010)

Ademais, pode ser relatado também sintomas defectivos como incontinência fecal, constipação, como também sangramento retal geralmente associado ao prolapso retal juntamente com o prolapso uterino. E por fim, outro sintoma muito relatado pela paciente é a diminuição do libido principalmente pela questão dos aspectos psicológicos, como também a presença de dispareunia é bastante comum. (ROGERS 2022)

O diagnóstico, comumente, é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica e com realização da manobra de Valsalva, utilizando o POP-Q para classificar, associado com a coleta das queixas de pacientes. Pode-ser solicitado para avaliação o ultrassom em duas dimensões que seria a ultrassonografia de órgão pélvicos abdominal, junto com o transvaginal que vai ter como objetivo avaliar mobilidade e descida do colo vesical, presença de alteração uretral alteração no esvaziamento vesical. Outra avaliação paralela realizada é avulsão do levantador do ânus ou mudança de conformação da região anal e perianal. Além disso, outros exames de imagem podem ser utilizados para avaliar o grau atrofia ou alterações de estruturas musculares e ligamentares através da ressonância magnética. (BRITO, 2018)

O tratamento que visa melhora dessas condições clínicas, visa de maneira geral a reativação funcional e estrutural da anatomia do assoalho, podendo ter condições conversadoras ou reconstrutivas cirúrgicas. O primeiro dos conservadores a serem utilizados são os pessários vaginais que consiste a um dispositivo removível que é colocado na vagina para dar suporte as paredes da vagina ou ao útero prolapsado. O pessário é feito de silicone, um material macio e não absorvente, pode ser utilizado para qualquer indicação, porém pouco efetivo para o defeito distal. (ABDOOL, 2011)

Antes da inserção em mulheres menopausadas, deve-se fazer o preparo com creme vaginal de estrogênio, para melhorar a lubrificação local e diminuir risco de dor e sangramento durante a inserção. As principais queixas sobre o uso das pacientes mesmo pouco recorrente

são dor local, retenção urinária por conta da possibilidade de pressão direta em região vesical e leucorreia. Fístulas urogenitais são pouco relatadas e de maneira geral relacionadas ao mau uso. Outro ponto do tratamento conservador é a TMAP (treinamento dos músculos do assoalho pélvico), que visa à melhora da contração da musculatura do assoalho pélvico, porém ele não tem capacidade de reduzir o estágio do prolapso e sim para melhora dos sintomas urinários e sexuais nos estágios I e II, o método deve ser utilizado como técnica de prevenção. (BARBER, 2014) (ALBUQUERQUE 2016)

As intervenções cirúrgicas dependem da região de acometimento, quando o defeito é na parede anterior da vagina, opta-se pelo tratamento reconstrutivo do compartimento anterior, que pode-se fazer por correção do sítio-específica ou pelo uso de telas para reduzir a recidiva local. A descrição consiste na colpoptasia anterior - define-se em incisar a parede anterior da vagina na região do defeito central. Geralmente, é realizada a rafia no tecido nativo, porém, em grandes defeitos, a utilização de telas pode ser útil ao pensar em melhores resultados anatômicos. (FEBRASGO, 2021) (MAHER 2013)

Nos defeitos da parede posterior pode-se fazer o uso da via transvaginal e transanal, através de 3 técnicas. A colpoptasia posterior é indicada para defeitos centrais da fásia retovaginal, com intenção de reduzir o hiato genital, sendo útil para mulheres com hiato genital alargado e incapacidade de contração pélvica, a maior queixa do pó cirúrgico tem sido a dispareunia a via transvaginal mostrou-se mais efetiva. O reparo do defeito transversal consiste em identificar defeitos transversos mais laterais ou próximos ao anel pericervical e aplicar a fásia até a área desgarrada (FEBRASGO, 2021). A reparação transanal aproveita-se para retirar a mucosa retal redundante para diminuir o tamanho da cúpula retal. Não se indica o uso de tela nesse tipo de reparo (FEBRASGO, 2021) (MAHER 2013)

A correção do defeito apical inclui o tratamento do prolapso de cúpula ou do útero, mantendo esse último ou não (histero preservado ou histerectomia). Pode ser realizada por via abdominal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacral, além de fixação alta dos ligamentos útero sacros) ou vaginal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacroespinhal e fixação nos ligamentos uterossacros no terço proximal ou médio com fixação alta). (MAHER 2013) (MERETHER, 2020)

A fixação no ligamento uterossacro apresenta-se como a passagem de fio inabsorvível ou de absorção tardia em dois pontos no ligamento útero sacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal e repete-se o passo no ligamento contralateral. (FEBRASGO, 2021). Segundo o manual da Febrasgo de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal é recomendado que fixe-se ligamentos útero sacros (High McCall), nos casos do estágio I e II. (CASTRO 2015).

A fixação sacroespinal consiste em fixar a cúpula da vagina, de forma unilateral ou bilateral, ao ligamento sacroespinal via vaginal, sendo uma técnica de boa satisfação. Fixar a vagina com o sem colo uterino no promontório, com a interposição de uma tela inabsorvível é chamado de sacrocolopexia abdominal. (MORONI, 2018).

Um tempo de tratamento também utilizado é o tratamento obliterativo que literalmente fecham o canal e impedem que a mulher possa ter relações sexuais, sendo as duas mais comuns a parcial (Le Fort) e a completa (colpectomia). É uma forma menos invasiva podendo ser feita em via ambulatorial com anestesia local, porém é pouco recomendado em mulheres com vidas ativas pelo grande impacto psicológico. Entretanto depende da técnica o objetivo é tentar retornar às funções anatomo fisiológicas normais do assoalho pélvico (FEBRASGO, 2021) (BRITO, 2018) (ROGERS 2022)

4 CONCLUSÃO

O prolapso genital é uma preocupação de saúde significativa para as mulheres, principalmente pelo fato de que elas acabam por aceitar a enfermidade como consequência natural do processo de senilidade e dos partos vaginais, o que acaba por dificultar a análise fidedigna dos dados epidemiológicos para tal patologia.

Os diagnósticos necessitam do conhecimento das principais queixas de pacientes que decorrem em torno da disfunção vesical, sexual e fecal, uma vez que a sensação de peso na região normalmente é menos relatada e necessita de um exame físico simples para o diagnóstico do mesmo, que consista na avaliação da região enquanto a paciente realiza a manobra de valsalva. Exames de imagem podem ser utilizados para melhor avaliação geral do grau de distrofia e mudança anatômica da região.

A respeito do tratamento, a escolha quanto ao procedimento cirúrgico ou não deve ser compartilhada junto há paciente e apontada as possibilidades levando em conta o estágio que se encontra e para um boa condução cirúrgica é necessário uma vasto conhecimento anatômico da região , uma vez que os procedimento realizado visam gerar uma melhora das funções de sustentação da estruturas anatômicas na região

REFERÊNCIAS

- BARBER MD, MAHER C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. PubMed. 2013 Nov;24(11):1783-90.
- RORGES G, et al. Prolapso de órgãos pélvicos em mulheres: Epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e manejo. *Uptodate*. 2022. Disponível em: <ptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology>
- Brito LG, Castro EB, Juliato CR. Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 65/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
- JACKSON SR, et al. Alterações no metabolismo do colágeno no prolapso geniturinário. *Lanceta*. 1996; 347(9016): 1698.
- PESSOAS V B. VIEIRA C S. Fatores relacionaos ao insucesso cirúrgico do prolapso uterino. *DêCiencia em Foco*. ACRE 2021; 5(1): 90 101
- Clay JH, Pounds DM. *Massagem Terapêutica Clínica Básica: Integrando Anatomia e Tratamento*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore 2003. Copyright © 2003 Lippincott Williams & Wilkins.
- Moore KL, Dalley AR. *Clinically Oriented Anatomy, 5th ed*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006. Copyright © 2006 Lippincott Williams & Wilkins.
- 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
- Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, 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(10):1023-34
- . de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2016;27(12):1797-803.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2(4):CD004014
- Alves D. Bezerra . Impacto do prolapso de órgãos pélvico na qualidade de vida das mulheres de uma população brasileira. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2018
- MANONAI, Jittima et al. Effect of Colpexin Sphere on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with pelvic organ prolapse stage I/II: a randomized controlled trial. *The International Urogynecological Association*, 2011
- Azevedo L, et al. Prolapso de orgãos pélvicos: as repercussões terapêutica na qualidade de vida das idosas. *Anal do VI Congresso internacional de envelhecimento humano*. 2019.

COELHO, Suelene C. Albuquerque et al. Quality of life and vaginal symptoms of postmenopausal women using pessary for pelvic organ prolapse: a prospective study. REV ASSOC MED BRAS , v. 64, n. 12, p.1103-1107, 2018;

ARNOUK, Alex et al. Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. Current Urology Reports , June 2017;

- GIANNINI, A et al. Advances in surgical strategies for prolapse. Climacteric, v. 22, n. 1, p. 60-64, Feb., 2019;

UMEK WH, et al. Análise quantitativa da origem e pontos de inserção do ligamento uterossacro por ressonância magnética. Obstet Gynecol. 2004;103(3):447.

DELancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1992;166(6 Pt 1):1717.

PERSU C, et al. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (PQP -Q) - uma nova era no estadiamento do prolapso pélvico. J Med Vida; 4(1): p.75-81. Feb. 2011

Swift SE, Tate SB, 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(2):372.

TOK EC, et al. O efeito do prolapso de órgãos pélvicos na função sexual em uma coorte geral de mulheres. J Sex Med. 2010;7(12):3957.

MARINOVIC SP, Stanton SL. Incontinência e dificuldades miccionais associadas ao prolapso. J Urol. 2004;171(3):1021.

Abdool Z, Thakar R, Sultan AH, Oliver RS. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2011;22(3):273-8

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 51/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

Meriwether KV, Gold KP, Tayrac R, Cichowski SB, Minassian VA, Cartwright R, et al.; Developed by the Joint Writing Group of the American Urogynecologic Society and the International Urogynecological Association. Joint report on terminology for surgical procedures to treat pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2020;31(3):429-63.

Castro RA, Haddad JM. Tratamento do prolapso genital. In: Haddad JM, coordenador. Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. p. 8-19

Moroni RM, Juliato CR, Cosson M, Giraudet G, Brito LG. Does sacrocolpopexy present heterogeneity in its surgical technique? A systematic review. Neurourol Urodyn. 2018;37(8):2335-45.