

Conde P, Grilo I, Martins A, Martins P, Moniz A

Artigo Original/Original Article

Cirurgia obliterativa do prolapso dos órgãos pélvicos – uma opção ainda válida?

Obliterative surgery for pelvic organ prolapse - an option that remains valid?

Pedro Conde*, Isabel Grilo*, Amália Martins**, Pedro Martins**, Andrade Moniz***

Maternidade Alfredo da Costa

ABSTRACT

Objective: To investigate the results of vaginal obliterate surgery in elderly women with pelvic organ prolapse.

Design: observational retrospective study.

Material and Methods: a total of 69 women with the diagnosis of pelvic prolapse were submitted to obliterative surgery in the urogynecology unit of a tertiary care hospital centre over the course of 8 years (2001 to 2008). The following data were collected from their clinical records: age, number of vaginal births, body mass index (BMI), hormone therapy, other existing diseases, type of prolapse and stage, anaesthetic risk score, duration of surgery, length of hospital stay, and short-term complications.

Results: Of the 69 women studied, 31 were submitted to colpocleisis and the remaining 38 were managed by the LeFort technique. Mean age was 74.8 years with a standard deviation (sd) of 7.14 years. Average BMI was 26.2 (sd =3.76). Vaginal births were recorded in all patients. Only three patients were taking hormone therapy at the time of surgery. Sixty-three women were classified as having an anesthetic risk of II or III and 55 underwent local-regional anesthesia. Complications were reported in five cases, four of which in the first days after surgery. Nearly all were mild and resolved within the first 6 weeks.

Conclusion: Complication rates appear to be low after obliterative surgery for pelvic organ prolapse in elderly women.

Keywords: Pelvic organ prolapse; obliterative surgery; colpocleisis; LeFort

INTRODUÇÃO

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) já se encontra descrito na literatura médica, desde tempos ancestrais. Contudo, só nos últimos 125-150 anos é que co-

meçaram a ser desenvolvidas técnicas cirúrgicas para o corrigir de um modo seguro e eficaz¹.

A primeira referência à colpocleise é atribuída a *Geradin*, que em 1823 sugeriu o desnudamento de porções da parede anterior e posterior da vagina ao nível do intróito e a sua respectiva sutura¹. A evolução das técnicas actuais da cirurgia obliterativa, tiveram origem em *Neugebauer* em 1867, que foi o primeiro a realizar uma colpocleise e em *Le Fort* em 1877 com a

* Interno do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetria

** Assistente Graduado de Ginecologia e Obstetria

*** Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetria

primeira publicação da técnica^{1,2,3}. A abordagem inovadora de *LeFort* baseava-se no facto deste acreditar que a disfunção do pavimento pélvico resultante do parto, conduzia ao “afundamento” da parede vaginal anterior, que por “arrastamento” condicionaria o mesmo efeito à restante vagina¹. Por isto, considerou que a prevenção do prolapso uterino seria possível, se mantivermos a aposição das paredes da vagina. Admitiu ainda, que o hiato vaginal amplo, poderia contribuir para o insucesso cirúrgico. A primeira técnica cirúrgica de *Le Fort* consistia em dois passos: colpocele e oito dias depois a perineorrafia¹.

O prolapso dos órgãos pélvicos tem sido constantemente associado à paridade. O efeito do tratamento hormonal no suporte do pavimento pélvico em mulheres na pós-menopausa ainda não é completamente compreendido⁴. O número de anos decorridos desde a menopausa ou a administração do tratamento hormonal, parece não influenciar o desenvolvimento do POP^{4,5}.

Dados estatísticos recentes, apontam para um envelhecimento crescente da população, com aumento significativo do número de mulheres com idade mais avançada. As projecções da população residente em Portugal, no horizonte 2000-2050, revelam um envelhecimento continuado da população. Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem, consequência do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações^{6,7}.

Tal situação, está inevitavelmente associada a um maior número de prolapso dos órgãos pélvicos. A presença de POP faz diminuir a qualidade de vida das mulheres idosas^{8,9} e por isso, existe um aumento da procura de soluções terapêuticas eficazes e duradoras¹.

A selecção do tipo de correcção cirúrgica depende de diversos factores, nomeadamente, da idade, sintomas urinários e/ou rectais associados, desejo ou não de preservar a função vaginal, da co-morbilidade, que interfere com o risco cirúrgico e/ou anestésico e dos defeitos presentes no pavimento pélvico¹⁰.

Durante algumas décadas a colpectomia e a colpocele foram consideradas obsoletas e associadas a uma elevada incidência de incontinência urinária de esforço (IUE) de novo^{3,11}. Contudo, nos últimos anos estas cirurgias como que foram redescobertas e estão a ser recomendadas em certas unidades uroginecológicas.

Os autores ao realizarem este trabalho têm como objectivo principal avaliar as cirurgias obliterativas (colpocle e *Le Fort*) efectuadas na sua unidade de uroginecologia. Simultaneamente, com base na experiência do seu centro e nos resultados descritos na literatura procuram responder à seguinte questão - A cirurgia obliterativa do prolapso dos órgãos pélvicos ainda terá indicação?

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídas as mulheres vigiadas na Consulta de Uroginecologia dum centro hospitalar terciário, que entre 2001 e 2008, tiveram indicação para cirurgia obliterativa subjacentes a POP.

Procedeu-se à avaliação retrospectiva de 69 processos clínicos, tendo em conta as seguintes variáveis: idade, índice de massa corporal (IMC), número de partos vaginais, utilização de tratamento hormonal na peri ou pós-menopausa, doenças associadas, tipo, grau de prolapso (utilizada a classificação de *Baden*¹²), tipo de anestesia, a classificação do risco anestésico, segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA – Quadro V¹³), tipo de cirurgia, tempo cirúrgico, duração do internamento no pós-operatório, complicações e vigilância. No conjunto de 8 anos a cirurgia obliterativa representou cerca de 10% do número total de cirurgias em que a indicação foi o POP – n = 672.

Todas as cirurgias com objectivo de avaliação, foram realizadas por médico especialista em ginecologia e diferenciação em uroginecologia.

Quadro I – Dados clínico-demográficos (n=69)

	Média ± Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	74,8±7,71	59	93
IMC	26,2±3,76	18,57	35,5
Nº partos vaginais	2,3±1,87	0	11

Quadro II – Tipo e Grau de prolapso (n=69)

Grau	Prolapso da Cúpula	Prolapso do Útero
2	2	3
3	24	23
4	5	12

Quadro III – Tipo Cirurgia

	N	TOT Associada
Colpoclese	31	3
LeFort	38	2

Quadro IV - Distribuição da co-morbilidade

Co-Morbilidade	N
HTA	42
Diabetes Mellitus	14
Doença Cardíaca	12

Quadro V - American Society of Anesthesiologists ASA) physical status classification¹³

Classe	Descrição
I	Doente saudável
II	Doença sistémica ligeira – sem limitação funcional
III	Doença sistémica grave – com limitação funcional
IV	Doença sistémica grave – que ameaça constantemente a vida
V	Doente quase terminal – improvável sobreviver para além de 24 h com ou sem cirurgia.

Foram utilizadas duas técnicas cirúrgicas:

1. Colpoclese total, que foi realizada em mulheres com prolapso da cúpula vaginal e que consistiu na remoção da maior parte do epitélio vaginal desde o anel himeneal (ponto cirúrgico de referência posterior), até a 2-4 centímetros do meato uretral (ponto cirúrgico de referência anterior).
2. Operação de Lefort, que foi realizada nas doentes que tinham prolapso uterino. Esta técnica foi executada com a remoção parcial do epitélio vaginal (parede anterior e posterior), preservando lateralmente a mucosa de modo a formar duas vias de drenagem para eventuais secreções uterinas.

Nalguns casos foi necessário associar a realização de cirurgia anti-incontinência – *sling* suburetral, uma vez que as doentes concomitantemente apresentavam IUE.

O estudo urodinâmico foi realizado para documentação da existência ou não de IU, nomeadamente oculta. Os resultados deste estudo urodinâmico, não influenciaram a decisão de optar pela cirurgia obliterativa, apenas permitiram decidir se no mesmo tempo operatório era realizada ou não cirurgia anti-incontinência.

A avaliação no pós-operatório, contempla o período de internamento para averiguar a ocorrência de complicações cirúrgicas imediatas e a consulta de revisão após a intervenção. Esta consulta foi realizada em média, 4 a 6 semanas após a cirurgia, com o objectivo de detectar complicações tardias, tais como existência de POP ou de sintomatologia ou patologia “de novo” relacionadas com o pavimento pélvico (exemplo, incontinência urinária).

Neste estudo, não foi programada nenhuma avaliação a longo prazo.

RESULTADOS

Foram efectuadas, 69 cirurgias vaginais obliterativas, em doentes que não tinham vida sexual activa e/ou que não apresentaram desejo de preservar a integridade vaginal. A distribuição das técnicas cirúrgicas foi a seguinte: operação *Le Fort*, em 38 casos e colpoclese em 31 casos. Nos casos de operação *Le Fort*, 2 casos associados à correcção cirúrgica da incontinência urinária (*sling* suburetral por via transobturadora *inside out*) e 3 casos na colpoclese para correcção de incontinência urinária concomitante (técnica similar).

Os resultados clínico-demográficos estão representados no Quadro I.

Em relação ao número de partos vaginais, a média foi de 2,3±1,87, com o valor mínimo de zero e o máximo de 11 partos. Verificou-se que 5 doentes eram nulíparas, 15 primíparas, 41 múltiparas e 8 grandes múltiparas.

Quanto à presença de co-morbilidade que poderá aumentar o risco anestésico e/ou cirúrgico, foram detectadas 3 ou mais patologias em 15 doentes. A maioria referia uma a duas doenças. A distribuição da co-morbilidade está representada no quadro IV.

No que diz respeito à utilização de tratamento hormonal na pós-menopausa, foi detectada em apenas 3 doentes.

Relativamente ao risco anestésico, 33 mulheres foram classificadas como ASA II, 30 como ASA III e 6 como ASA III/IV. Quanto ao método de administração da anestesia/analgesia, 55 mulheres foram submetidas a analgesia loco-regional, 8 a anestesia geral, 4 a local e 2 a sedação (as mulheres submetidas a anestesia local e a sedação apresentavam um risco anestésico muito elevado (classificadas como ASA III/IV).

No que se refere à classificação do POP, foi utilizado o método de *Baden* – grau 1,2,3 e 4. Em 47 mulheres identificou-se prolapso grau 3 e prolapso total em 17 – Tabela 2.

Nas mulheres submetidas a cirurgia prévia por POP foram identificados 10 casos: estes casos, haviam sido submetidos a histerectomia vaginal com colpoptorafia. Nas restantes mulheres, as principais indicações foram, miomatose uterina e irregularidades menstruais (menometrorragias).

O estudo urodinâmico foi realizado em 60/69 casos. Não foram registados dados considerados suficientes para interpretação, em 9 casos.

A cirurgia anti-incontinência – sling suburetral por via transobturadora *inside-out* foi realizada em 3 doentes submetidas a colpoclese (N=31) e em 2 doentes submetidas á técnica de *LeFort* (N=38) por apresentarem concomitantemente IUE – Tabela III.

Figura 1



Figura 2

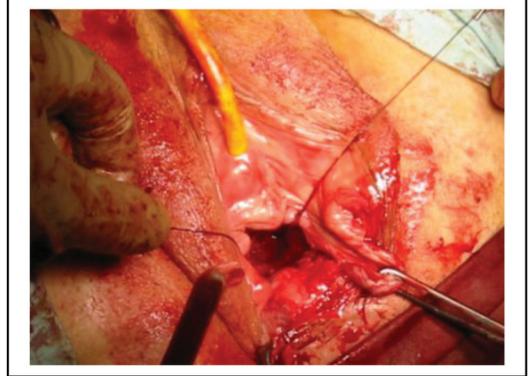


Figura 3



A duração do tempo de cirurgia foi a seguinte:

1. Colpoclese isolada: $58 \pm 22,7$ com valor máximo de 110 e mínimo de 20;
2. Operação *Le Fort* isolado: $49 \pm 13,5$ com valor máximo de 85 e mínimo de 24.

Quanto ao internamento pós-operatório, os resultados mostram uma duração de:

1. Colpoclese: $2,6 \pm 1,16$ com valor máximo de 7 e mínimo de 2;
2. Operação *Le Fort*: $2,7 \pm 0,98$ com valor máximo de 5 e mínimo de 2.

As complicações cirúrgicas imediatas, foram anotadas em 4 casos - 4/69:

1. Colpoclese: 1 caso de infecção da sutura vaginal e 1 caso de hematoma retrovesical com necessidade de re-intervenção;
2. Operação *Le Fort*: 1 caso de retenção urinária e 1 caso de infecção da sutura vaginal.

Foi detectado 1 caso de complicação médica com paragem cardio-respiratória no 1º dia do pós-operatório.

A reavaliação às 4 - 6 semanas após cirurgia, revelou que a maior parte dos doentes desta amostra populacional, (49/69) teve alta assintomática. Foram diagnosticados 4 casos de persistência da incontinência urinária de urgência e um caso de incontinência urinária de esforço “*de novo*”. As restantes doentes acabaram por ter alta em média passados 6 meses.

DICUSSÃO

Nos EUA, a probabilidade de realizar uma cirurgia para correcção de alterações do pavimento pélvico, em mulheres com 80 anos, está estimada em 11% e poderá haver necessidade de reintervenção em 29% dos casos¹⁴.

A cirurgia obliterativa apresenta como vantagem comparativa à colpoptia, sobretudo no caso da colpoptia total, uma taxa de sucesso independente do tamanho do prolapso e do defeito anatómico^{10,15}. Mesmo quando comparada com a sacrocolpopexia e a suspensão ao ligamento sacroespinhoso, a colpoptia total tem como vantagem, ser altamente improvável a ocorrência de lesões noutros órgãos².

Mais ainda, respeitando à incontinência urinária, aquela técnica obliterativa não está associada ao risco de incontinência urinária de novo, quando correctamente executada tendo o cuidado de não envolver a área imediatamente inferior à uretra e junção uretrovesical¹¹.

Existem estudos clínicos que avaliam de acordo com determinados objectivos, a efectividade da utilização da cirurgia obliterativa:

1. Estudo com 92 casos submetidos a colpoptia total, com vigilância, que consistiu num exame físico e entrevista telefónica, a cura objectiva foi definida como ausência de prolapso até ao hímen, descreve uma taxa de sucesso de 98% (no seguimento que variou entre 0 e 64 meses, em média 12 meses, apenas uma doente necessitou de reintervenção)¹⁶;
2. Estudo com 41 doentes submetidas a colpoptia total com perineoptia, não foi observada qualquer recidiva de prolapso (embora a cura objectiva não tenha sido definida), quando as doentes foram observadas em média aos 28,7 meses, pelo que, descreve uma taxa de sucesso de 100%¹⁷;

3. Estudo de qualidade de vida após a cirurgia, com 94 doentes submetidas a colpoptia. Os resultados relativos à recuperação da anatomia vaginal (n=40), auto-imagem (n=32) e ausência de sensação de pressão na vagina (n=39) foram obtidos mediante a aplicação do *Incontinence Impact Questionnaire e Urogenital Distress Inventory* e itens de satisfação e arrependimento. Foi demonstrada satisfação ou muita satisfação, em 38, 31 e 39 dos casos, respectivamente¹⁸. Existem resultados similares em estudos posteriores¹⁹;
4. Estudo com 118 mulheres submetidas à intervenção de *Le Fort* com vigilância muito variável (1 a 15 anos), mostra bons resultados anatómicos no pós-operatório em 90,7% dos casos, com uma recidiva total do prolapso apenas numa doente²⁰;
5. Estudo com 33 casos de colpoptia total para tratamento do prolapso da cúpula, com vigilância aos 18 meses de pós-cirurgia, baseada no exame clínico e questionário aplicado em média aos 34 meses pós-operatório (entrevista telefónica estruturada, onde era questionado a existência de incontinência, complicações que atribuíssem ao procedimento, arrependimento e satisfação), embora a cura objectiva não tenha sido definida, descreve uma taxa de sucesso de 97% (apenas 1 doente teve recidiva do prolapso um ano após a intervenção)²¹;

Na nossa instituição a maioria das doentes com prolapso uterino, são submetidas a histerectomia vaginal, com culdoplastia de *McCall* e colpoptia ou cirurgia com aplicação de prótese, principalmente nas recidivas de prolapso. As mulheres com prolapso da cúpula são submetidas a sacrocolpopexia, ou a suspensão ao sacroespinhoso. Contudo, existe um número reduzido de mulheres, com idade avançada e com co-morbilidade, que acarretam maior risco anestésico e cirúrgico e como tal não suportam as técnicas cirúrgicas referidas. Nestes casos, a cirurgia obliterativa pode ser uma alternativa com menor risco e tempo cirúrgico associado, como constatamos neste estudo.

Este trabalho, à semelhança do descrito na literatura demonstrou a baixa taxa de morbilidade destas técnicas, a par da sua eficácia, no tratamento do POP numa população bem seleccionada. A morbilidade foi reduzida, com necessidade de reintervenção apenas

num dos casos, por complicação com hematoma retrovesical. A lesão de órgãos adjacentes, como a bexiga, ureter, intestino, vasos ou nervos pélvicos é menos provável de ocorrer na cirurgia obliterativa, uma vez que o plano de dissecação é superficial^{15,21}.

A cirurgia obliterativa, está associada à incontinência urinária de esforço, que pode surgir na tentativa de correção do *kinking* uretral¹⁵. Neste estudo, apenas 1 caso apresentou incontinência urinária de esforço como diagnóstico de novo. Os casos de incontinência de urgência já existiam antes da cirurgia e mantiveram o diagnóstico na pós-cirurgia. A correção da incontinência urinária de esforço pode ser realizada com a técnica de *sling* suburetral, no mesmo tempo operatório da colpocleise, com manobras minimamente invasivas²².

Concluimos que a cirurgia obliterativa vaginal, conforme revela a experiência na literatura e a nossa revisão dos casos clínicos em 8 anos, é uma intervenção segura, facilmente reprodutível, com efectividade e morbidade reduzida, quando utilizada numa população idosa meticulosamente seleccionada, com sintomatologia associada ao POP e em que se verifica insucesso do tratamento conservador. É de enfatizar que, a recomendação da cirurgia obliterativa é ponderada em mulheres com elevado risco cirúrgico e anestésico, sem vida sexual ou que não desejam preservar a integridade da vagina. A grande limitação deste estudo reside em determinar se houve de facto cura a longo prazo (pelo menos a 12 meses).

BIBLIOGRAFIA

1. FitzGerald MP, Richter HE, Siddique S et al. Colpocleisis: a review. *Int Urogynecology J* 2006; 17(3): 261-271.
2. Deval, B. Hysterocolpocleisis with colpocleisis for massive genital prolapse in women aged over 70 years. *European J Obstet Gynecol and Reprod Biology* 2005; 123: 249-253.
3. Mary PF, Linda B. Colpocleisis and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1241-4.
4. Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104(3):489-497.
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;186:1160-6.
6. Projeções de População Residente em Portugal – 2000-2050. *Instituto Nacional de estatística* 2003. www.INE.pt
7. Projeções de população residente em Portugal - 2008 - 2060. *Instituto Nacional de estatística* 2003. Disponível em www.INE.pt e consulta realizada na data 3 de Dezembro de 2009.
8. Barber MD, Amundsen CL, Paraiso MF et al. Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(7): 799-806.
9. Jelovsek J, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am Journal Obstet Gynecol* 2006 May;194(5):1455-61.
10. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18(3):CD004014.
11. Glavind K, Kempf L. Colpectomy or Le Fort colpocleisis – a good option in selected elderly patients. *Int Urogynecological J Pelvic Floor Dysfunct* 2005; 16(1): 48-51.
12. Baden WF, Walker TA, Lindsay HJ. The vaginal profile. *Tex Med J* 1968;64:56–58.
13. American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. *Anesthesiology* 1963; 24:111.
14. Olsen AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-506.
15. Grody MHT, Merchia V, Nyirjesy P, et al. Total colpocleisis: A prospective study. *J pelvic Surg* 2001; 7:71-78.
16. Von Pechmann W, Mutone M, Fyffe J et al. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2003.189: 121-126.
17. Harmanli O. Total colpocleisis Total colpocleisis for severe pelvic organ prolapse. *J Reprod Med* 2003; 48: 703-706.
18. Hullfish KL, Bovbjerg, Steers WD. Colpocleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life, and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2007; 110(2 Pt 1):341-5.
19. Fitzgerald MP. Pelvic support, pelvic symptoms, and patient satisfaction after colpocleisis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(12):1603-9.
20. Goldman J, Ovadia J, Feldberg D. The Neugebauer-LeFort operation: a review of 118 partial colpocleisis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod biol* 1981;12:31-35.
21. DeLancey e Morley. Total colpocleisis for vaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:1228-1235.
22. Moore RD, Miklos JR. Colpocleisis and tension-free vaginal tape sling for severe uterine and vaginal prolapse and stress urinary incontinence under local anesthesia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2003;10(2):276-80.