

Prolapso dos órgãos pélvicos

Protocolos Febrasgo

Ginecologia | nº 51 | 2021



DIRETORIA DA FEBRASGO 2020 / 2023

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Presidente

Sérgio Podgaec
Diretor Administrativo

César Eduardo Fernandes
Diretor Científico

Olímpio B. de Moraes Filho
Diretor Financeiro

Maria Celeste Osório Wender
Diretora de Defesa e Valorização
Profissional

Marta Franco Finotti
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Carlos Augusto Pires C. Lino
Vice-Presidente
Região Nordeste

Ricardo de Almeida Quinteiros
Vice-Presidente
Região Norte

Marcelo Zugaib
Vice-Presidente
Região Sudeste

Jan Pawel Andrade Pachnicki
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM UROGINECOLOGIA E CIRURGIA VAGINAL - 2020 / 2023

Presidente

Marair Gracio Ferreira Sartori

Vice-Presidente

Cássia Raquel Teatin Juliato

Secretária

Marilene Vale de Castro Monteiro

Membros

Aljerry Dias do Rego
Ana Selma Bertelli Picoloto
Andreisa Paiva Monteiro Bilhar
Daniela Siqueira Prado
Emerson de Oliveira
Jorge Milhem Haddad
José Miguel de Deus
Leticia Maria de Oliveira
Lucas Schreiner
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Rafael Mendes Moroni
Sergio Brasileiro Martins

Prolapso dos órgãos pélvicos

Descritores

Prolapso genital/terapia; Prolapso genital/diagnóstico; Prolapso genital/classificação; Telas sintéticas

Como citar?

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).

Introdução

A Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em mulheres hysterectomizadas).^(1,2) Estima-se que as desordens do assoalho pélvico, como POP e incontinências fecal e urinária, afetem 25% das mulheres norte-americanas.⁽³⁾ Os sintomas de POP podem ocorrer em qualquer idade, mas têm seu pico entre 70 e 79 anos,⁽⁴⁾ e a disfunção do assoalho pélvico é mais importante em idosas, afetando até 50% das mulheres nessa época da vida.⁽⁵⁾ Mulheres dos Estados Unidos têm 13% de chance de serem submetidas à cirurgia de POP ao longo da vida.⁽⁶⁾ Alguns estudos mostram taxa de reoperação por recidiva entre 6% e 30%.⁽⁷⁻¹⁰⁾ A classificação específica do prolapso genital feminino no Código Internacional de Doenças (CID-10) é N81.

* Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia, n. 51. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

Todos os direitos reservados. Publicação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Etiologia

Existem vários fatores de risco associados ao POP, como idade acima de 60 anos, multiparidade, aumento da pressão intra-abdominal relacionado a doenças que levam a esse mecanismo (doença pulmonar obstrutiva crônica, constipação), doenças genéticas que causem alteração do colágeno ou elastina (síndrome de Ehlers-Danlos, hiper mobilidade articular, síndrome de Marfan), espinha bífida oculta (em nuligestas, sugere-se investigação com tomografia de pelve) e etnia.⁽¹¹⁾ A obesidade pode elevar o risco de prolapso em até 40% a 50%.⁽¹²⁾ Porém, de todos os mencionados, a paridade apresenta grande impacto na maioria dos estudos relacionados a prolapso.

Estudos epidemiológicos mostram que indivíduos de famílias com predisposição ao prolapso têm 2,58 vezes risco de apresentar essa condição.⁽¹¹⁾ Em relação à etnia, um estudo mostrou que mulheres brancas e latinas têm, respectivamente, 4,9 e 5,4 vezes mais chances de apresentar POP.⁽¹³⁾

Alguns fatores de risco adquiridos são associados à presença de POP. Prolapso grave e sintomático está associado, principalmente, ao primeiro parto vaginal.^(14,15) Há associação entre parto vaginal e risco de prolapso. Um estudo mostrou que mulheres com mais de 40 anos e parto vaginal têm 9,73 vezes mais prolapso em estágio avançado (ultrapassando hímen).⁽¹⁴⁾ O trabalho de parto, na ausência de parto vaginal, parece não estar associado a aumento da prevalência de POP. Por sua vez, o uso de fórceps durante o parto se relaciona a aumento do risco de desenvolver prolapso.⁽¹⁵⁾ A contribuição da histerectomia para o surgimento de prolapso genitais é controversa e depende de vários fatores.^(16,17)

Diagnóstico

A queixa mais comumente referida por pacientes com prolapso genital é sensação de peso ou “bola na vagina”. Uma série de questionários validados (IMPACT) tem sido proposta para avaliar os sintomas referentes ao assoalho pélvico.⁽¹⁸⁾ O diagnóstico, comumente, é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica e com realização da manobra de Valsalva. Existem várias classificações utilizadas para POP, sendo as mais utilizadas a subjetiva de Baden-Walker e a de quantificação do POP, chamada de POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*), que apresenta menos variabilidade interobservador e é a mais utilizada.⁽¹⁾ A ultrassonografia bidimensional (transabdominal, transperineal ou translabial, introital e transvaginal) pode ser solicitada para avaliar mobilidade/descenso do colo vesical, afunilamento uretral, resíduo pós-miccional, anormalidades da bexiga ou uretra, descenso dos órgãos pélvicos, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, baloneamento do hiato genital e avulsão do levantador do ânus. Esse último parâmetro tem se mostrado um preditor do surgimento dos prolapso, bem como do sucesso dos tratamentos cirúrgicos.⁽¹⁹⁾ Existe a modalidade tridimensional cuja diferença consiste na possibilidade de formar imagens com mais resolução. A ressonância magnética permite detectar estruturas ligamentares e musculares com detalhes. Não utiliza radiação ionizante e o formato dinâmico permite usar linhas de delimitação do limite das vísceras pélvicas, como a linha pubococcígea (traçada da margem inferior da sínfise púbica até a junção coccígea). A defecografia relaciona-se com a anatomia anorretal e distúrbios da evacuação retal, mostrando-se superior ao exame físico na distinção entre retocele e enterocele.⁽²⁰⁾

Tratamentos

O tratamento dos prolapso é indicado a mulheres sintomáticas ou que tenham complicações decorrentes da presença destes, como hidronefrose e obstrução urinária ou intestinal. Um terço das pacientes com sintomas, caso não trate o prolapso, poderá ter progressão clínica em dez meses, assim como mulheres acima de 60 anos ou com hiato genital acima de 5 cm.⁽²¹⁾

Tratamento conservador

Pessários vaginais

O tratamento conservador pode ser realizado com pessários vaginais, que são dispositivos de borracha ou silicone inseridos na vagina para prover suporte estrutural a qualquer defeito apresentado no assoalho pélvico (exceto defeito distal). É recomendado preparo prévio da mucosa vaginal com cremes à base de estrogênios em mulheres na pós-menopausa e manutenção do uso após a introdução do pessário. Fissuras vaginais, desconforto, dor local, leucorreia e retenção urinária são algumas das causas do abandono do uso dos pessários. Raramente, fístulas urogenitais são descritas, e estão, geralmente, associadas a inadequado cuidado e manejo dos pessários. O uso de pessários já apresenta resultados na literatura, mostrando melhora na qualidade de vida das usuárias.⁽²²⁾ Antes de indicar pessários, é importante identificar fatores de risco para insucesso de inserção, como obesidade, cirurgia reconstrutiva pélvica prévia e prolapso avançado. A dor é o fator mais citado para descontinuação do uso.⁽²³⁾

Fisioterapia

Treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) pode ser utilizado em mulheres com prolapso genital. Uma revisão sistemática mostrou que TMAP melhora os sintomas e o grau do prolapso.

⁽⁹⁾ Porém, a maioria dos estudos inclusos apresentava pacientes com prolapso de estágios I e II. Dois ensaios clínicos randomizados mostraram que a adição do TMAP às mudanças do estilo de vida melhora os sintomas do prolapso genital, porém sem influenciar os escores de qualidade de vida.^(24,25) Um estudo randomizado no período pré-operatório de cirurgia para POP não melhorou, de forma significativa, os sintomas de prolapso entre o grupo com TMAP e o controle; porém, o grupo com TMAP referiu melhora de percepção global.⁽²⁶⁾ Portanto, fisioterapia não consegue reduzir anatomicamente o prolapso avançado, apesar de ajudar a amenizar os sintomas e melhorar a função muscular do assoalho pélvico.

Tratamento cirúrgico

A correção dos prolapso genitais envolve o correto diagnóstico e a identificação dos compartimentos envolvidos. Várias técnicas podem ser necessárias para uma única paciente, tendo em vista que, na maioria das vezes, os defeitos são múltiplos.

O uso de telas sintéticas para correção dos prolapso por via vaginal tem sido abandonado nos últimos anos, em alguns países, em razão da retirada desses materiais do mercado por órgãos competentes.⁽²⁷⁾ Tal fato se deve a um número maior de complicações associadas ao seu uso (dispareunia, exposição vaginal da tela, erosão para a bexiga, entre outros), porém esse percentual não é comparável aos dos *slings* para incontinência, com menor índice e muito mais estudos científicos endossando sua segurança.⁽²⁸⁾ Por outro lado, o uso de tela sintética para correção do prolapso de cúpula vaginal por via abdominal ou laparoscópica apresenta bons resultados, podendo ser indicado. Recentemente, foi publicado pela AUGS e IUGA o protocolo recomendando os passos técnicos a serem descritos para o tratamento cirúrgico do prolapso.⁽²⁹⁾

Não há estudos específicos para prolapso genital, por via vaginal, com telas de polipropileno com propriedades diferentes das específicas (macroporosas, monofilamentares e de peso leve. Ex.: Marlex). Existem estudos com telas específicas de polipropileno e outras, como polivinidileno. É importante lembrar que, desta forma, a incidência de complicações com este material é desconhecida para prolapso genital.

Tratamento reconstrutivo do compartimento anterior

Classicamente, o prolapso do compartimento anterior da vagina (uretra e bexiga) pode ser abordado, cirurgicamente, por correção sítio-específica ou pelo uso de telas cujo objetivo é diminuir as recidivas da cirurgia convencional, porém com indicações específicas.

Colporrafia anterior – consiste em incisar a parede anterior da vagina na região do defeito central. Geralmente, é realizada com tecido nativo, porém, em grandes defeitos, a utilização de telas pode ser útil ao pensar em melhores resultados anatômicos.⁽³⁰⁾ Pode-se realizar correções sítio-específicas dos defeitos centrais, transversos e laterais

A eficácia a longo prazo e a satisfação das pacientes após a cirurgia com material sintético não se mostraram superiores àquelas com tecido nativo e, além disso, as taxas de complicação foram maiores naquele grupo.⁽³¹⁻³³⁾ Em uma metanálise,⁽³⁴⁾ concluiu-se que a cirurgia com tela para prolapso vaginal anterior apresenta melhor taxa de cura anatômica e menos recorrência, sem diferenças quanto à cura subjetiva, à reoperação e à qualidade de vida. Há mais tempo cirúrgico e perda sanguínea com o uso de tela e, para tratamento do prolapso anterior, sua utilização deve ser individualizada.

Outro fato a ser levado em consideração nos defeitos da parede anterior, especialmente nos estágios avançados, é que estão frequen-

temente associados a defeito do ápice vaginal.⁽³⁵⁾ Mulheres com defeito de parede anterior de estágio III na classificação de POP-Q têm até 98% de chance de associação de prolapso apical estágio I.⁽³⁶⁾

Tratamento reconstrutivo do compartimento posterior

A abordagem cirúrgica dos prolapso do compartimento posterior pode ser feita por via vaginal ou transanal. Para a primeira via, pode-se realizar colporrafia posterior e reparo do defeito transversal. Para redução do hiato genital ou aumento do corpo perineal, perineorrafia pode ser também indicada.⁽²⁹⁾

Colporrafia posterior – geralmente, indicada para defeitos centrais da fâscia retovaginal. A plicatura do músculo puborretal é uma opção controversa. Apesar de reduzir o hiato genital alargado que muitas dessas pacientes apresentam ou ser útil em mulheres que apresentem incapacidade de contrair o assoalho pélvico, pode estar associada à incidência maior de dispareunia. A via transvaginal parece ser mais eficaz que a transanal.

Reparo do defeito transversal – consiste em identificar defeitos transversos mais laterais ou próximos ao anel pericervical e plicar a fâscia até a área desgarrada. Um local comum de defeito transversal é o desgarramento da fâscia do ligamento uterossacro.

Reparo transanal – é realizado por coloproctologistas. Aproveita-se para retirar a mucosa retal redundante para diminuir o tamanho da cúpula retal.

Não existe, até o momento, evidência que justifique o uso de tela sintética ou absorvível no reparo do prolapso posterior.^(29,30,36)

Tratamento reconstrutivo do compartimento apical

Em situações de histerectomia sem prolapso genital, há recomendação (nível B de evidência) de se realizar culdoplastia de McCall

durante histerectomia vaginal.⁽³⁷⁾ Porém, uma vez instalado o prolapso sintomático, o tratamento cirúrgico pode ser obliterativo ou reconstrutivo e várias técnicas foram descritas com as mais variadas taxas de cura e morbidade. Não existe uma única técnica ideal. Idade, presença de vida sexual, comorbidades associadas, desejo da paciente de operar e experiência do cirurgião são fatores que devem ser considerados. A correção do defeito apical inclui o tratamento do prolapso de cúpula ou do útero, mantendo esse último ou não (histeropreservação ou histerectomia). Pode ser realizada por via abdominal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacral, além de fixação alta dos ligamentos uterossacos) ou vaginal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacroespinal e fixação nos ligamentos uterossacos no terço proximal ou médio) (fixação alta).^(29,30)

Fixação no ligamento uterossacro – consiste na passagem com fio inabsorvível ou de absorção tardia em dois pontos no ligamento uterossacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal e repete-se o passo no ligamento contralateral. A cirurgia pode ser realizada por via vaginal ou laparoscópica. Comumente, a sutura utilizada é permanente, mas é descrita a taxa de erosão de até 22%.⁽³⁸⁾ Em relação à eficácia, são encontradas altas taxas de satisfação. Cistoscopia para comprovar a permeabilidade ureteral é obrigatória na fixação uterossacral, pois apresenta 1% a 11% de risco de lesão do ureter.⁽³⁹⁾ O manual da Febrasgo de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal recomenda fixação alta nos ligamentos uterossacos (High McCall), principalmente para os prolapso uterinos ou de cúpula vaginal estágios I e II.⁽⁴⁰⁾

Fixação sacroespinal vaginal – procura-se fixar a cúpula da vagina, de forma unilateral ou bilateral, ao ligamento sacroespinal via vaginal. Em relação à eficácia, observa-se boa satisfação com essa técnica. Um estudo de metanálise, incluindo 17 artigos rando-

mizados e observacionais, identificou apenas 13% de pacientes não satisfeitas com a técnica.⁽⁴¹⁾ Complicações associadas à fixação no ligamento sacroespinal são decorrentes de lesão vascular ou nervosa e relacionadas à proximidade dos pontos com a espinha isquiática. Em uma revisão com 1.229 mulheres submetidas a essa técnica, 2% necessitaram de transfusão e 3% tiveram dor transitória.⁽⁴²⁾

Um ensaio clínico e randomizado que comparou a fixação no ligamento uterossacro com a fixação sacroespinal vaginal verificou taxas de sucesso de aproximadamente 60% para ambas as técnicas após dois anos de seguimento. Porém, esse percentual declinou para 44% e 33% nas pacientes que realizaram fixação no ligamento uterossacro ou sacroespinal vaginal, respectivamente.⁽⁴³⁾

Sacrocolpexia abdominal – consiste na fixação da vagina (com ou sem colo uterino) no promontório, com a interposição de uma tela inabsorvível. Essa técnica é considerada padrão-ouro para tratamento do prolapso apical, com taxas de sucesso variando de 78% a 100%,⁽⁴⁴⁾ porém está associada a mais tempo cirúrgico e de retorno às atividades e a custo elevado. Apresenta grande heterogeneidade sobre como é realizada do ponto de vista de passos técnicos, tipos de sutura e fios.⁽⁴⁵⁾ A via laparoscópica apresenta menos perda sanguínea no intraoperatório e menos tempo de internação, mas menor taxa de sucesso subjetivo e maior taxa de recorrência de prolapso do compartimento anterior.⁽⁴⁶⁾

Preservação uterina ou não para correção do prolapso apical

Em artigo de revisão sobre histeropreservação, os autores relatam maior taxa de recidiva do prolapso nessas situações, porém com menos tempo cirúrgico e menos sangramento. A limitação dos estudos incluídos nesta revisão foi a inserção de estudos não randomizados e a heterogeneidade das técnicas cirúrgicas.⁽⁴⁷⁾ Historicamente, a his-

teropexia tem sido indicada a mulheres jovens, sobretudo sem prole constituída; porém, estudos mostram que até 60% das mulheres, quando consultadas, optam por não realizar histerectomia no momento do tratamento do prolapso.^(48,49)

Um ensaio clínico e randomizado que comparou histeropexia sacroespinal (sem uso de tela) com histerectomia mais fixação sacroespinal vaginal verificou que aquela apresentou menores taxas de recidiva do defeito apical (definida como necessidade de reoperação ou retorno dos sintomas), embora o resultado anatômico tenha sido semelhante entre os grupos após um período de cinco anos de acompanhamento.⁽⁵⁰⁾

Tratamento obliterativo do compartimento apical

Existem várias técnicas de procedimento obliterativo, sendo as duas mais comuns a parcial (Le Fort) e a completa (colpectomia). As vantagens dos procedimentos obliterativos são a possibilidade de serem executados com anestesia local, terem menos morbidade perioperatória, menos perda sanguínea e retorno rápido às atividades/recuperação. Um estudo aponta que colpocleise é um procedimento efetivo, com taxas de sucesso subjetivo em torno de 100%.⁽³³⁾ Em um estudo de revisão com 4.776 procedimentos, a taxa de complicações foi baixa (6,8%) e a mortalidade foi de 0,15%.⁽⁵¹⁾ A desvantagem do procedimento é a impossibilidade de manter coito vaginal após a cirurgia e, por esse motivo, somente deve ser indicada a pacientes que não desejam mais exercer função sexual plena. Uma série de casos que acompanharam 33 pacientes por seis anos após colpocleise mostrou que não houve arrependimento quanto à falta de atividade sexual.⁽⁵²⁾ As complicações mais frequentes relatadas foram sangramento e obstrução ureteral, principalmente quando associados à histerectomia.⁽⁵³⁾

Recomendações finais

- POP pode ser tratado conservadoramente com o uso de pessários vaginais, com bons índices de satisfação e qualidade de vida (A).⁽⁵⁴⁾
- Treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhora a sintomatologia, mas não consegue regredir prolapso acentuados (B) nem melhora sintomas pós-operatórios (B).
- Para correção cirúrgica do compartimento anterior, a recomendação é preferencialmente o uso de tecido nativo e somente utilizar tela vaginal em casos de ausência de fáschia, recidiva do prolapso e grandes prolapso (estágio \geq II).
- Para correção cirúrgica do compartimento posterior, a interposição de telas sintéticas não melhora o resultado terapêutico, portanto não há vantagens em seu uso (A). A colporrafia posterior e o reparo do defeito transversal são as técnicas mais utilizadas por ginecologistas.
- Para correção cirúrgica do compartimento apical:
 - A fixação no ligamento uterossacro e a fixação no ligamento sacroespinhal têm boa eficácia, mas sacrocolpopexia abdominal é superior, com menos recorrência, porém mais tempo cirúrgico (A).
 - A via laparoscópica e a robótica são opções recentes à via laparotômica, com menos tempo de retorno às atividades, porém com custo elevado (B). O uso de telas durante a promontofixação é recomendado e permitido.
 - Técnicas com preservação uterina apresentam mais recorrência quando comparadas à histerectomia vaginal (B).
 - As técnicas de colpocleise apresentam boa eficácia e baixa morbidade, mas devem ser restritas a mulheres sem atividade sexual (C).

- Sobre telas de polipropileno com propriedades diferentes das específicas (macroporosas, monofilamentares e de peso leve): não há estudos específicos para prolapso genital, por via vaginal, com esses tipos de telas (ex.: Marlex). Existem estudos com telas específicas de polipropileno e outras, como polivinidileno. É importante lembrar que, dessa forma, a incidência de complicações sobre esse material é desconhecida para prolapso genital.
- Caso se opte pelo uso de tela sintética, esta deverá ser de polipropileno monofilamentar, macroporosa e de baixo peso.

Referências

1. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, 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.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21(1):5-26.
3. Digesu GA, 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.
4. Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1496-501.
5. Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(2 Pt 1):299-305.
6. 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.
7. Dällenbach P. To mesh or not to mesh: a review of pelvic organ reconstructive surgery. *Int J Womens Health.* 2015;7:331-43.
8. Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA.* 2013;309(19):2016-24.
9. 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.
10. Larson KA, Smith T, Berger MB, Abernethy M, Mead S, Fenner DE, et al. Long-term patient satisfaction with michigan four-wall sacrospinous ligament suspension for prolapse. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):967–75.
 11. Cartwright R, Mangera A, Tikkinen KA, Rajan P, Pesonen J, Kirby AC, et al. Systematic review and meta-analysis of candidate gene association studies of lower urinary tract symptoms in men. *Eur Urol*. 2014;66(4):752–68.
 12. Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, Velez Edwards DR, Edwards TL. Obesity and pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(1):11–26.e3.
 13. Whitcomb EL, Rortveit G, Brown JS, Creasman JM, Thom DH, Van Den Eeden SK, et al. Racial differences in pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1271–7.
 14. Quiroz LH, Muñoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *J Reprod Med*. 2010;55(3-4):93-8.
 15. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011;118(4):777-84.
 16. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association between concomitant hysterectomy and repeat surgery for pelvic organ prolapse repair in a cohort of nearly 100,000 women. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):1328–36.
 17. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2019;30(4):505–22.
 18. Bordeianou LG, Anger JT, Boutros M, Birnbaum E, Carmichael JC, Connell KA, et al.; Members of the Pelvic Floor Disorders Consortium Working Groups on Patient-Reported Outcomes. Measuring Pelvic Floor Disorder Symptoms Using Patient-Reported Instruments: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the American Urogynecologic Society, and the Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2020;26(1):1–15.
 19. Dietz HP. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;54:12–30.
 20. Lin FC, Funk JT, Tiwari HA, Kalb BT, Twiss CO. Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Pelvic Organ Prolapse Compared to Physical Examination Findings. *Urology*. 2018;119:49–54.
 21. Pizarro-Berdichevsky J, Borazjani A, Pattillo A, Arellano M, Li J, Goldman HB. Natural history of pelvic organ prolapse in symptomatic patients actively seeking treatment. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2018;29(6):873–80.

22. 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.
23. de Albuquerque Coelho SC, Brito LG, de Araujo CC, Juliato CR. Factors associated with unsuccessful pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse: systematic review and metanalysis. *Neurourol Urodyn.* 2020;39(7):1912–21.
24. Due U, Brostrøm S, Lose G. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016;27(4):555–63.
25. Due U, Brostrøm S, Lose G. The 12-month effects of structured lifestyle advice and pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):811–9.
26. Duarte TB, Bø K, Brito LG, Bueno SM, Barcelos TM, Bonacin MA, et al. Perioperative pelvic floor muscle training did not improve outcomes in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: a randomised trial. *J Physiother.* 2020;66(1):27–32.
27. Shoureshi PS, Lee W, Kobashi KC, Sajadi KP. Media coverage of the 2019 United States Food and Drug Administration ordered withdrawal of vaginal mesh products for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2020 Jun 29. doi: 10.1007/s00192-020-04401-6.
28. Palmerola R, Peyronnet B, Rebolos M, Khan A, Sussman RD, Escobar C, et al. Trends in stress urinary incontinence surgery at a tertiary center: midurethral sling use following the AUGS/SUFU position statement. *Urology.* 2019;131:71–6.
29. 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.
30. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr;2(4):CD004014.
31. Chughtai B, Barber MD, Mao J, Forde JC, Normand ST, Sedrakyan A. Association Between the Amount of Vaginal Mesh Used With Mesh Erosions and Repeated Surgery After Repairing Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *JAMA Surg.* 2017;152(3):257–63.
32. Glazener CM, Breeman S, Elders A, Hemming C, Cooper KG, Freeman RM, et al.; PROSPECT study group). Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *Lancet.* 2017;389(10067):381–92.
33. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 9;2(2):CD012079
34. Juliato CR, Santos Júnior LC, Haddad JM, Castro RA, Lima M, Castro EB. Mesh surgery for anterior vaginal wall prolapse: a meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016;38(7):356–64.

35. Elliott CS, Yeh J, Comiter CV, Chen B, Sokol ER. The predictive value of a cystocele for concomitant vaginal apical prolapse. *J Urol.* 2013;189(1):200–3.
36. Delancey JO. Surgery for cystocele III: do all cystoceles involve apical descent?: Observations on cause and effect. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23(6):665–7.
37. Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide AA; AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL practice report: Practice Guidelines on the Prevention of Apical Prolapse at the Time of Benign Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(5):715–22.
38. Kasturi S, Bentley-Taylor M, Woodman PJ, Terry CL, Hale DS. High uterosacral ligament vaginal vault suspension: comparison of absorbable vs. permanent suture for apical fixation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23(7):941–5.
39. Filmar GA, Fisher HW, Aranda E, Lotze PM. Laparoscopic uterosacral ligament suspension and sacral colpopexy: results and complications. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2014;25(12):1645–53.
40. 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
41. Morgan DM, Rogers MA, Huebner M, Wei JT, Delancey JO. Heterogeneity in anatomic outcome of sacrospinous ligament fixation for prolapse: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1424–33.
42. Sze EH, Karram MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstet Gynecol.* 1997 Mar;89(3):466–75.
43. Lukacz ES, Warren LK, Richter HE, Brubaker L, Barber MD, Norton P, et al. Quality of Life and Sexual Function 2 Years After Vaginal Surgery for Prolapse. *Obstet Gynecol.* 2016;127(6):1071–9.
44. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):805–23.
45. 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.
46. Costantini E, Mearini L, Lazzeri M, Bini V, Nunzi E, di Biase M, et al. Laparoscopic Versus Abdominal Sacrocolpopexy: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol.* 2016;196(1):159–65.
47. de Oliveira SA, Fonseca MC, Bortolini MA, Girão MJ, Roque MT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2017;28(11):1617–30.

48. Frick AC, Barber MD, Paraiso MF, Ridgeway B, Jelovsek JE, Walters MD. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19(2):103–9.
49. Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):470.e1–6.
50. Schulten SF, Detollenaere RJ, Stekelenburg J, IntHout J, Kluivers KB, van Eijndhoven HW. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ*. 2019;366:15149.
51. Sokol AI, Iglesia CB, Kudish BI, Gutman RE, Shveiky D, Bercik R, et al. One-year objective and functional outcomes of a randomized clinical trial of vaginal mesh for prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(1):86.e1–9.
52. Mueller MG, Ellimootil C, Abernethy MG, Mueller ER, Hohmann S, Kenton K. Colpocleisis: a safe, minimally invasive option for pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015 ;21(1):30–3.
53. Meyer I, McGwin G, Swain TA, Alvarez MD, Ellington DR, Richter HE. Synthetic graft augmentation in vaginal prolapse surgery: long-term objective and subjective outcomes. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(4):614–21.
54. Coelho SA, Brito LG, Araujo CC, Aguiar LB, Haddad JM, Giraldo PC, Juliato CR. Factors associated with the prescription of vaginal pessaries for pelvic organ prolapse. *Clinics* 2019;74e934.



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA