

Colpossacrofixação para Correção do Prolapso da Cúpula Vaginal

Abdominal Sacropexy to Repair Vaginal Vault Prolapse

Eliana Viana Monteiro Zucchi, Léa Mina Kati, Manoel João Batista Castello Girão, Marair Gracio Ferreira Sartori, Edmund Chada Baracat, Geraldo Rodrigues de Lima.

RESUMO

Objetivo: avaliar o resultado da técnica da colpossacrofixação (CSF) para tratamento de pacientes que apresentaram prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia e que foram tratadas no período de 1995 a 2000.

Métodos: foram incluídas, retrospectivamente, 21 pacientes com prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia e correção prévia de cistocele e retocele. Foram analisados a idade, paridade, peso e índice de massa corpórea (IMC) o intervalo entre a histerectomia e o aparecimento do prolapso. A colpossacrofixação foi realizada em 15 pacientes, das quais se avaliaram o tempo cirúrgico, perda sangüínea e recidiva. As pacientes submeteram-se a CSF com ou sem interposição de prótese de material sintético entre a cúpula vaginal e o sacro.

Resultados: para 15 das 21 pacientes acompanhadas em nosso serviço, a técnica de CSF foi a de eleição. Em um caso houve dificuldade técnica intra-operatória e optou-se pela correção a Te Linde. A média de idade das pacientes foi de 63,7 (47 a 95 anos), paridade 4,6 e o IMC 26,9. A CSF foi realizada, em média, 18 anos após histerectomia total abdominal e 3 anos após histerectomia vaginal. O tempo cirúrgico médio foi de 2 horas e 15 minutos, sem necessidade de transfusão sangüínea. Não houve recidiva do prolapso ou dos sintomas pré-operatórios (seguimento de 1 a 5 anos).

Conclusões: o tratamento cirúrgico do prolapso de cúpula vaginal pode ser realizado pela via vaginal (colpocleise ou fixação ao ligamento sacroespinhoso) e pela via abdominal (colpossacrofixação). Esta última apresenta a vantagem de restaurar o eixo vaginal preservando sua profundidade, o que, além de melhorar o prolapso, permite o restabelecimento das funções sexuais, intestinal e urinária (principalmente quando associada a colpofixação - Burch). Assim, quando o diagnóstico e tratamento são adequados e a equipe cirúrgica tem pleno conhecimento da anatomia pélvica, podemos afirmar que a CSF atinge seu objetivo no tratamento do prolapso de cúpula vaginal, com excelente correção e mínima morbidade.

PALAVRAS-CHAVE: Prolapso de cúpula vaginal. Colpossacrofixação. Cirurgia: complicações.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a constante preocupação em melhorar sua qualidade permitem ao ginecologista observar uma incidência maior de eventos como, por exemplo, o prolapso de cúpula vaginal. Acomete mulheres que se submeteram a histerectomia por via abdominal ou vaginal e sua incidência varia de 0,2 a 42%¹. Com

a inversão da parede vaginal, essas mulheres experimentam grande desconforto para caminhar ou sentar, obstipação intestinal, incontinência urinária, ulcerações vaginais, infecções recorrentes do trato urinário e dificuldade ao coito².

A vagina é mantida em sua posição normal por interação entre os ligamentos que emergem da pelve e se inserem no colo uterino (ligamentos cardinais e uterossacos) e a fásia pubocervical. Suporte adicional vem das fibras do paracolpos, que se fixam verticalmente ao terço superior da vagina, mantendo seu eixo longitudinal sobre o assoalho pélvico. As cirurgias pélvicas podem desfazer esse equilíbrio, levando a alterações na posição vaginal³.

Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP-EPM - São Paulo - SP - Brasil.

Correspondência:

Eliana Viana Monteiro Zucchi
Rua Morgado de Mateus 314, apto. 182
04015-050 - São Paulo - SP

Symonds et al.⁴, demonstraram que, em 39% das mulheres com prolapso de cúpula, este ocorreu nos primeiros dois anos pós-histerectomia, 24% depois de dez anos e 37% mais de dez anos após a cirurgia, seja a histerectomia total abdominal ou a realizada pela via vaginal.

A Sociedade Internacional de Continência introduziu sistema de classificação que, por meio da identificação e medida de nove pontos localizados no canal vaginal, colo uterino, hiato genital e corpo perineal, durante o repouso e à manobra de Valsalva, permite determinar com maior acurácia o grau de prolapso e a melhor conduta a ser adotada para sua correção⁵. Algumas mulheres, cujas condições clínicas impedem a cirurgia, poderão se beneficiar do tratamento clínico do prolapso de cúpula, como a administração de estrogênio tópico⁶ ou uso de pessários que corrigem o eixo vaginal⁷.

Quanto ao tratamento cirúrgico, desde 1954 foram descritas cerca de 43 técnicas diferentes para correção do prolapso de cúpula, usando via vaginal, abdominal ou laparoscópica, com resultados variáveis⁸.

A via laparoscópica, além de pouco invasiva, permite tratar eventual incontinência urinária associada pela técnica da colpossuspensão à Burch⁹.

A correção via vaginal que se faz pela fixação da cúpula ao ligamento sacroespinhoso foi descrita por Randall e Nichols em 1971^{10,11}. Originalmente, esta cirurgia envolvia a fixação bilateral da cúpula. Atualmente, é mais comum a fixação apenas de um lado da vagina, em geral o lado direito, resultando em menor tensão sobre a parede vaginal. Esta cirurgia pode ser associada à histerectomia vaginal em pacientes com prolapso uterino acentuado, visando diminuir a possibilidade de prolapso de cúpula vaginal¹². Tem como complicações mais frequentes lesões dos vasos, formando extensos hematomas e elevando o risco de complicações cardiovasculares; e do nervo pudendo, acarretando dor crônica^{13,14}. Além destas, dispareunia, incontinência urinária de esforço e incontinência fecal também foram observadas¹⁵. Holley et al.¹⁶ descrevem 92% de cistocele assintomática após esta técnica.

Outro procedimento vaginal descrito é a cirurgia de Le Fort (colpocleise), que oblitera o canal vaginal suturando a parede vaginal anterior à posterior. Sua indicação se restringe às pacientes que não são ativas sexualmente ou àquelas clinicamente instáveis, visando tratamento definitivo e seguro, de baixa morbidade e recidivas^{17,18}.

Arthure e Savage¹⁹ foram os primeiros a descrever a histeropexia sacral para correção do prolapso uterino. Posteriormente, esta técnica foi adaptada para a correção do prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia por Lane²⁰. Birnbaum²¹ propôs a interposição de uma faixa de tecido autólogo como fâscia lata, do reto abdominal ou do oblíquo externo entre a vagina e o sacro.

Lansman²² usou tecido homólogo (dura-máter). Outros autores descreveram o uso de material sintético, como mersilene^{23,24}.

No setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal do Departamento de Ginecologia da UNIFESP – EPM temos empregado a técnica de correção do prolapso de cúpula por colpossacrofixação desde 1995. Em alguns casos, utilizamos a cirurgia de Te Linde modificada e, excepcionalmente, a colpocleise, para mulheres idosas e sem vida sexual ativa.

Assim, este estudo tem por objetivo avaliar, retrospectivamente, as pacientes com prolapso de cúpula vaginal operadas neste serviço, de 1995 a 2000, pela técnica de colpossacrofixação, bem como analisar as vantagens dessa opção terapêutica.

Pacientes e Métodos

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, foram incluídas, retrospectivamente, 21 pacientes com prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia e correção prévia de cistocele e retocele. Todas as mulheres foram avaliadas, previamente à cirurgia, pelo exame ginecológico e consulta pré-anestésica, sendo liberadas para o tratamento proposto. Destas, 15 (71,4%) pacientes submeteram-se a colpossacrofixação. Em um caso, por dificuldade técnica, optou-se pela correção por técnica de Te Linde (fixação da cúpula vaginal à aponeurose do músculo reto abdominal). As outras cinco pacientes (23,8%) submeteram-se a colpocleise, uma vez que não eram ativas sexualmente. Para tal avaliação, levamos em conta idade, paridade, peso, índice de massa corpórea (IMC), tempo pós-histerectomia, tempo cirúrgico, perda sanguínea e recidiva do prolapso.

A média de idade das pacientes que se submeteram à colpossacrofixação foi de 63,7 (47 a 95 anos), a paridade 4,6 e o IMC 26,9. O tempo pós-histerectomia em que ocorreu o prolapso foi em média de 18 anos para a via abdominal e 3 anos para a via vaginal (Tabela 1).

Realizada laparotomia infra-umbilical mediana, a colpossacrofixação consistiu em pequena incisão no peritônio da cúpula vaginal e dissecação cuidadosa da bexiga, isolando-a da parede vaginal. A hemostasia foi obtida por eletrocoagulação. A seguir, incisão peritoneal sobre a região sacral identificou o ligamento longitudinal anterior, onde três ou quatro pontos de fio inabsorvível (Prolene[®]) fizeram a fixação da cúpula vaginal e por fim a peritonização. Se o segmento vaginal fosse muito curto, fazia-se a interposição de parte de prótese vascular de Dacron, unindo a cúpula ao sacro, com a finalidade de evitar tensão nos pontos de sutura.

Tabela 1 - Dados das pacientes tratadas pela colpossacrofixação.

Data da cirurgia	Idade	IMC	Gesta	Para	Cirurgia prévia	Tempo da cirurgia prévia (em anos)	Tipo de Cirurgia	Seguimento (em meses)
1995	85	27,5	6	6	HV	3	CSF	12
1995	53	24,8	7	3	HTA	3	CSF	48
1995	75	29,7	1	1	HV	1	CSF + B + CPP	2
1996	69	20,7	4	2	HV	6	CSF	24
1996	51	32	5	5	HV	3	CSF + B	48
1997	71	23	8	8	HV	2	CSF + B	8
1997	59	27,4	4	3	HTA	15	CSF	12
1998	67	35,5	1	1	HTA	30	CSF + B + CPP	17
1998	70	25	7	7	HV	2	CSF + B	2
1998	49	20,8	2	2	HV	2	CSF	24
1999	53	31,1	10	10	HV	6	CSF	14
2000	58	20	2	2	HTA	20	CSF+OB+B+CPP	6
2000	70	35,6	3	3	HTA	20	CSF	3
2000	69	25	4	3	HTA	20	CSF	2
2000	47	24	5	4	HV	2	CSF	8
Média	63,1	26,9	4,6	4		18 (HTA) 3 (HV)		

CSF: colpossacrofixação.

IMC: índice de massa corpórea.

B: colpofixação à Burch.

CPP: colpoperineoplastia.

OB: ooforectomia bilateral.

HTA: histerectomia total abdominal.

HV: histerectomia vaginal.

Resultados

Das 15 pacientes operadas pela técnica de colpossacrofixação, em 6 delas a colpofixação à Burch foi associada, permitindo correção da incontinência urinária de esforço, e em três pacientes a colpoperineoplastia corrigiu a rotura perineal. Em nove pacientes a cirurgia prévia foi a histerectomia vaginal e em seis foi a histerectomia total abdominal que antecedeu ao prolapso. Duas pacientes eram primíparas e dez mulheres tiveram três ou mais partos (múltiparas).

O tempo cirúrgico médio foi de 2 horas e 15 minutos, com perda sanguínea não quantificada, porém sem necessidade de transfusão sanguínea para nenhuma das pacientes. Não houve recidiva do prolapso ou dos sintomas pré-operatórios como sensação de peso no baixo ventre, dificuldade ao coito e incontinência urinária até a presente data. O tempo médio de seguimento foi de 15,3 meses.

Discussão

O prolapso de cúpula vaginal é afecção que causa uma série de transtornos às pacientes e que deve ser adequadamente pesquisado e tratado.

A classificação proposta pela Sociedade Internacional de Continência permite mensurar o grau de distopia e distinguir cistocele e retocele do prolapso de cúpula vaginal, adequando a conduta cirúrgica.

É importante lembrar da possibilidade de incontinência urinária oculta, que deve ser investigada com a redução do prolapso²⁵. Se houver perda de urina, a avaliação urodinâmica é indispensável e realizada com auxílio de pessário.

Havendo incontinência urinária de esforço, alguns autores sugerem complementar esta cirurgia com a colpofixação à Burch (1961). Pela técnica de Moscovitz faz-se um preegamento no fundo de saco de Douglas, prevenindo encarceramento de alça intestinal. A perineorrafia complementa a cirurgia quando existe laceração perineal, reconstruindo o assoalho pélvico e diminuindo as chances de recidivas. Alguns autores preconizam a correção transabdominal da retocele²⁶. Eventuais dificuldades à defecação são atribuídas a denervação conseqüente à mobilização retal, fato não observado por nós no grupo estudado.

A via laparoscópica, proposta por alguns autores, não ganhou aceitação, sendo a colpossacrofixação considerada como padrão-ouro na correção do prolapso de cúpula vaginal.

Assim, o tratamento cirúrgico do prolapso de cúpula vaginal pela colpossacrofixação apresenta a vantagem de restaurar o eixo vaginal preservando sua profundidade, o que, além de melhorar o prolapso, permite o restabelecimento da função sexual, intestinal e urinária.

Relatos de dispareunia são, em geral, decorrentes da atrofia genital grave, uma vez que o prolapso de cúpula vaginal incide mais na pós-menopausa²⁷.

Podemos afirmar que a colpossacrofixação atinge seu objetivo no tratamento do prolapso de cúpula vaginal com morbidade mínima e baixa incidência de complicações durante a cirurgia ou no pós-operatório imediato^{28,29}.

Entendemos que bons resultados dependem do conhecimento anatômico, do método diagnóstico e da opção adequada de tratamento.

ABSTRACT

Purpose: *to evaluate patients who presented post-hysterectomy vaginal vault prolapse and were treated surgically by abdominal sacropexy (ASP) during the period of 1995-2000 at the São Paulo Hospital (EPM-UNIFESP).*

Methods: *we studied retrospectively 21 patients with post-hysterectomy vaginal vault prolapse with previous correction of cystocele and rectocele. An analysis was made taking into account the average age of the patients, number of parturitions, weight, body mass index (BMI), time between the appearance of the prolapse and the hysterectomy, duration of surgery, blood loss and recurrences. The patients underwent surgery using the abdominal sacropexy technique with or without the interposition of a synthetic prosthesis between the vaginal wall and the sacrum.*

Results: *of the patients attended in our service, 15 used the ASP technique and in one case, due to intra-operational difficulties, the Te Linde correction was used. The average age of the patients was 63.7 (47-95 years), parity of 4.6 and BMI of 26.9. ASP was performed on average 18 years after total abdominal hysterectomy and 3 years after vaginal hysterectomy. The average surgical time was 2 h and 15 min, without the need of a blood transfusion. There were no recurrences of the prolapse or preoperative symptoms (follow-up of 1-5 years).*

Conclusions: *surgical treatment of the vaginal vault prolapse can be done by vaginal access (colpocleisis or the fixation to the sacrospinal ligament) or abdominal approach (sacropexy). The latter has the advantage of restoring the vaginal axis, preserving its depth, which apart from improving the prolapse, allows the restoration of sexual, intestinal and urinary functions (especially when associated with colpopexy - Burch). When diagnosis and treatment are adequate and the surgical team has complete knowledge of*

the pelvic anatomy, we can affirm that ASP reaches its objective in the treatment of vaginal vault prolapse with excellent correction and minimum morbidity.

KEYWORDS: *Vaginal vault prolapse. Colposacrofixation. Surgery: complications.*

Referências

1. Tooz-Hobson P, Boos K, Cardozo LD. Management of vaginal vault prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:13-17.
2. Imparato E, Aspesi G, Rovetta E, Presti M. Surgical management and prevention of vaginal vault prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:233-7.
3. Delancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1717-24.
4. Symonds RE, Willians TJ, Lee RA, Webb MJ. Post hysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140:852-9.
5. Bump RC, Mattiasson A, BO K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:10-7.
6. Fantl JA, Cardozo LD, McClish D. HUT Committee. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1994; 83:12-8.
7. Thompson JD. Malpositions of the Uterus. In: Thompson JD, Rock JA, editors. *Te Linde's Operative Gynecology*. Philadelphia: JB Lippincott 1992. p. 819-53.
8. Ridley JH. A composite vaginal vault suspension using fascia lata. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126:590-6.
9. Wattiez A, Canis M, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Promontofixation for the treatment of prolapse. *Urol Clin North Am* 2001; 28:151-7.
10. Randall CL, Nichols DH. Surgical treatment of vaginal inversion. *Obstet Gynecol* 1971; 38:327-32.
11. Nichols DH, Milley PS, Randall CL. Significance of restoration of normal vaginal depth and axis. *Obstet Gynecol* 1970; 36:241-6.
12. Guner H, Noyan V, Tiras MB, Yildiz A, Yildirim M. Transvaginal sacrospinous colpopexy for marked uterovaginal and vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 74:165-70.
13. Verdeja A, Elkins T, Odoi A, Gasser R, Lamoutte C. Transvaginal sacrospinous colpopexy: anatomic landmarks to be aware of to minimize complications. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1468-9.

14. Nieminen K, Heinonen PK. Sacrospinous ligament fixation for massive genital prolapse in women aged over 80 years. *BJOG* 2001; 108:817-21.
15. Lovatsis D, Drutz HP. Safety and efficacy of sacrospinous vault suspension. *Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfunct* 2002; 13:308-13.
16. Holley RL, Varner RE, Gleason BP, Apffel LA, Scott S. Recurrent pelvic support defects after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. *J Am Coll Surg* 1995; 180:444-8.
17. Rust J, Botte J, Howlett R. Prolapse of the vaginal vault. Improved techniques for management of the abdominal approach or vaginal approach. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125:768-76.
18. Cespedes RD, Winters JC, Ferguson KH. Colpocleisis for the treatment of vaginal vault prolapse. *Tech Urol* 2001; 7:152-60.
19. Arthure H, Savage D. Uterine prolapse and prolapse of the vaginal vault treated by sacral hysteropexy. *J Obstet Gynaecol Brit Emp* 1957; 64:355-60.
20. Lane F. Repair of post-hysterectomy vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol* 1962; 20:72-7.
21. Birnbaum S. Rational therapy for the prolapsed vagina. *Amer J Obstet Gynecol* 1973; 115:411-9.
22. Lansman HH. Posthysterectomy vault prolapse: sacral colpopexy with dura mater craft. *Obstet Gynecol* 1984; 63:577-82.
23. Yates M. An abdominal approach to the repair of post-hysterectomy vaginal inversion. *Brit J Obstet Gynaecol* 1975; 82:817-9.
24. Hendee A and Berry C. Abdominal sacropepy for vaginal vault prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 1981; 24:1217-24.
25. Bombieri L, Freeman RM. Recurrence of stress incontinence after vault suspension: can it be prevented? *Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998; 9:58-60.
26. Baessler K, Scuessler B. Abdominal sacrocolpopexy and anatomy and function of the posterior compartment. *Obstet Gynecol* 2001; 97:678-84.
27. Goldberg RP, Tomezsko JE, Winkler HA, Koduri S, Culligan PJ, Sand PK. Anterior or posterior sacrospinous vaginal vault suspension: long-term anatomic and functional evaluation. *Obstet Gynecol* 2001; 98:199-204.
28. Scarpero HM, Cespedes RD, Winters JC. Transabdominal approach to repair of vaginal vault prolapse. *Tech Urol* 2001; 7:139-45.
29. Reddy K, Malik TG. Short-term and long-term follow-up of abdominal sacrocolpopexy for vaginal vault prolapse: initial experience in a district general hospital. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22:532-6.

Recebido em: 2/4/2002
Aceito com modificações em: 2/9/2003

e-mails

publicacoes@febrasgo.org.br

febrasgo@febrasgo.org.br

secretaria.executiva@febrasgo.org.br

NOVO presidencia@febrasgo.org.br

NOVO habilitacao@febrasgo.org.br

NOVO tego@febrasgo.org.br

DÚVIDAS - SUGESTÕES - ESCLARECIMENTOS
MANDE SEU E-MAIL