

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**RESULTADOS CIRÚRGICOS DA HISTEROPEXIA SACROESPINHOSA PARA
TRATAMENTO DO PROLAPSO UTERINO SEM USO DE TELA SINTÉTICA: UMA
COORTE HISTÓRICA**

Rômulo de Oliveira Pires

Porto Alegre, 2022

CIP - Catalogação na Publicação

Pires, Rômulo de Oliveira
RESULTADOS CIRÚRGICOS DA HISTEROPEXIA
SACROESPINHOSA PARA TRATAMENTO DO PROLAPSO UTERINO SEM
USO DE TELA SINTÉTICA: UMA COORTE HISTÓRICA / Rômulo
de Oliveira Pires. -- 2022.
73 f.
Orientadora: Mirela Foresti Jimenez.

Coorientadora: Ana Selma Bertelli Picoloto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. prolapso de órgão pélvico. 2. prolapso uterino.
I. Jimenez, Mirela Foresti, orient. II. Picoloto, Ana
Selma Bertelli, coorient. III. Título.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**RESULTADOS CIRÚRGICOS DA HISTEROPEXIA SACROESPINHOSA PARA
TRATAMENTO DO PROLAPSO UTERINO SEM USO DE TELA SINTÉTICA: UMA
COORTE HISTÓRICA**

Rômulo de Oliveira Pires

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirela Foresti Jimenez

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ana Selma Bertelli
Picoloto

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2022

“O objetivo de qualquer procedimento cirúrgico é preservar e manter a função dos órgãos saudáveis, minimizando a morbidade.”

Mohamed Hefni – médico do Departamento de Ginecologia do Hospital Benenden, Kent/UK.

DEDICATÓRIA

In memoriam do meu querido tio Wilson, que sempre esteve presente ao longo do meu crescimento e de meus irmãos, assim como ao longo da minha formação médica, sendo confidente das alegrias e descobertas nessa trajetória, e conselheiro frente as angústias e anseios. Embora, não possa compartilhar tal momento da minha vida acadêmica pessoalmente, certamente posso sentir que está vibrando de onde estiver por mais esse passo.

E *in memoriam* das minhas amadas avós, Diva e Orlandina, das quais as saudades serão eternas.

AGRADECIMENTOS

Sendo o mestrado curso que propõe formar profissional com competência docente e científica, não seria possível agradecer primeiramente aqueles que foram responsáveis por moldar o meu entendimento de que o conhecimento através do estudo é o bem mais precioso que podemos adquirir e que jamais nos pode ser tomado. Aos meus pais, minha eterna gratidão por serem a pedra fundamental que tornou possível mais essa etapa. Ao meu pai Altamiro, que sempre foi incansável, abdicando por inúmeras vezes do conforto e do tempo ao lado da família para nos proporcionar acesso a um ensino de qualidade. A minha mãe Solange, que igualmente incansável ao lado de meu pai, abdicou sonhos e ambições profissionais para assumir o compromisso de acompanhar e auxiliar a formação acadêmica de todos os filhos mesmo dentre todos os outros compromissos que vida já lhe exigia. Vocês são fundamentais e únicos.

Aos meus irmãos Alexssandre, Rychard e Simony, que sempre foram exemplo de estudo e dedicação a ser seguido. À minha irmã Jenypher, o brilho nos seus olhos pela arte médica e o prazer que dividimos pela medicina é incentivo seguir esse caminho.

Ao meu parceiro de vida, Fabiano, que me incentiva todos os dias em cada um dos meus sonhos e é suporte, como foi durante o mestrado, para cada passo nesses quase 10 anos ao meu lado.

Aos meus amigos, Camila Wenczenowicz e Dante Souza, que ao longo desses anos se tornaram como família, e mesmo com a distância de um continente entre nós permanecem presentes e sempre disponíveis a ajudar no que for necessário.

Aos mestres da minha formação no ensino fundamental e médio, que me ensinaram mais do que o conhecimento básico, me fizeram existir como Descartes, pois me ensinaram a pensar de forma crítica e construtiva.

À excelentíssima reitora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Dr^a Lucia Campos Pellanda, responsável por despertar o interesse em mim pela iniciação científica e pela docência desde o primeiro ano da graduação.

À Dr^a Mirela Foresti Jimenez, exemplo de docente ao longo da minha graduação e residência médica, obrigado pela disponibilidade e por abraçar o meu desejo de seguir da carreira acadêmica através do mestrado. À Dr^a Ana Selma pelo empenho não só no desenvolvimento da tese, como no ensino desde a minha residência médica em ginecologia e obstetrícia.

Ao Dr Heleodoro Correa Pinto, agradeço não só por me proporcionar o privilégio de avaliar a sua casuística única em nosso meio, mas também pelo auxílio imprescindível na exaustiva coleta de dados desse estudo. Assim como sou grato pela oportunidade de acompanhar sua habilidade cirúrgica ao longo dos anos de residência médica no Hospital Fêmina – sendo, posteriormente, combustível no desejo de seguir pelo caminho da ginecologia cirúrgica.

Às pacientes, que no anseio de melhor qualidade de vida, e frente as patologias advindas da idade avançada, procuram auxílio em nossos conhecimentos e habilidades cirúrgicas, e se entregam aos nossos cuidados. Em especial, àquelas cujas informações compuseram os dados desse estudo e proporcionaram essa dissertação de mestrado. O desejo de lhes promover saúde e qualidade de vida é o incentivo para a busca de conhecimento através da medicina baseada em evidências.

À Deus que proporcionou o encontro com todos esses ao longo da minha história, contribuindo para tantas oportunidades, e em especial essa que me trouxe até a conclusão dessa pós-graduação.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	9
LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE QUADROS	13
RESUMO	14
ABSTRACT	15
INTRODUÇÃO	16
REVISÃO DA LITERATURA	18
1. Estratégias para localizar e selecionar as informações	18
2. Mapa conceitual	19
3. Prolapsos genitais	19
3.1 Etiologia dos prolapsos genitais	21
3.2 Tratamento dos prolapsos genitais	24
3.3 Histórico da preservação uterina no tratamento do prolapso	26
3.4 A histeropexia no tratamento cirúrgico do prolapso uterino	27
3.5 Contraindicações à preservação uterina	30
JUSTIFICATIVA	33
HIPÓTESES	34
Hipótese nula	34
Hipótese alternativa	34
OBJETIVOS	35
Principal	35
Secundários	35
REFERÊNCIAS	36
ARTIGO EM INGLÊS	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	6341

PERSPECTIVAS	43
ANEXOS	44
Parecer consubstanciado do CEP	44
Comprovante de submissão do artigo à revista	49
APÊNDICE.....	50
Ferramenta de coleta de dados.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

FDA – Federal Drug Administration;

BRCA 1 – Breast cancer gene 1;

BRCA 2 – Breast cancer gene 2;

IMC – índice de massa corporal;

RS – Rio Grande do Sul;

SPSS – statistical package for the social sciences;

IC – intervalo de confiança;

TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido;

POP-q – pelvic organ prolapse quantification;

IBM – International Business Machines Corporation;

USA – United States of America;

LSE – ligamento sacroespínhoso;

SUS – Sistema Único de Saúde;

EI – espinha isquiática;

HSE – histeropexia sacroespínhosa;

CPAP – colpoperineoplastia anterior e posterior;

CPA – colpoperineoplastia anterior;

CPP – colpoperineoplastia posterior;

SlingTOT – sling transobturatório;

SligRetrop – sling retropúbico;

IUE – incontinência urinária de esforço;

ITU – infecção do trato urinário;

IUU – incontinência urinária de urgência;

POi – pós-operatório imediato;

PO – pós-operatório;

G – número de gestações;

PN – número de partos vaginais;

PC – número de partos cesarianas;

A – número de abortos;

Cx – cirurgia;

CP – corpo perineal;

SPF – sacropromontofixação;

HV – histerectomia vaginal;

HAS – hipertensão arterial sistêmica;

DM – diabetes mellitus;

SSH – *sacrospinous hysteropexy*;

IS – *ischial spine*;

EUA – Estados Unidos da América;

IUA – *International Urogynecological Association*;

ICS – *International Continence Society (ICS)*.

LISTA DE FIGURAS

DISSERTAÇÃO

Figura 1. Níveis de DeLancey para o suporte vaginal.....22

Figura 2. Nível 2 de DeLancey22

ARTIGO

Figure 1. Recurrence curve according to preoperative prolapse stage.....57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil das pacientes submetidas à histeropexia sacroespínhosa	58
Tabela 2. Perfil pré-operatório das pacientes com recidiva sintomática do prolapso apical (n=7).....	59
Tabela 3. Tratamento primário, seguimento e retratamento das pacientes com recidiva do prolapso apical.....	60
Tabela 4. Tratamento cirúrgico associado com a histeropexia sacroespínhosa	61
Tabela 5. Complicações pós-operatórias	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Busca sistematizada da literatura.....18

Quadro 2. Mapa conceitual esquemático19

RESUMO

Introdução: A histeropexia sacroespinhosa (HSS) é uma técnica menos invasiva (extraperitoneal), com menor tempo cirúrgico que pode ser utilizada para correção do prolapso uterino com preservação uterina, menor alteração anatômica e funcional do assoalho pélvico e, aparentemente, sem maiores taxas de recorrência. No entanto, a literatura carece de mais informações sobre esta técnica sem o uso de malha sintética.

Objetivo: Avaliar a recorrência sintomática do prolapso apical em pacientes tratados com HSS sem o uso de tela sintética.

Método: Coorte retrospectiva de pacientes submetidas à HSS para correção de prolapso uterino apical entre 2015 e 2020 no Hospital Fêmeina - Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS - Brasil.

Resultados: Foram analisadas 122 mulheres, com média de idade de 66,8 anos (DP 7,5 anos) e tempo médio de seguimento de 16,1 meses (DP 7,4 meses). A recidiva do prolapso apical ocorreu em 7 (5,6%) pacientes. A recidiva foi significativamente maior ($p=0,018$) nos pacientes com estágio 4 (recorrência: n6; 15%) quando comparado aos demais pacientes (grupos estágio 2 e 3 – recidiva: n1; 1,2%). O tempo estimado de sobrevida livre de recidiva na curva de Kaplan-Meier foi de 51,6 meses (IC 95% – 40,3 a 62,8 meses) após a cirurgia.

Conclusão: A HSS sem tela é um tratamento eficaz para a correção do prolapso uterino com baixos índices de complicações. Embora haja carência de dados sobre seguimento de longo prazo (5 anos), o seguimento de curto prazo apresentou resultados promissores para o uso da técnica.

Palavras-chave: histeropexia sacroespinhosa; preservação uterina; prolapso de órgão pélvico; prolapso uterino.

ABSTRACT

Background: Sacrospinous hysteropexy (SSH) is a less invasive technique (extraperitoneal), with shorter surgical time that can be used for the correction of uterine prolapse with uterine preservation, less anatomical and functional alteration of the pelvic floor and, apparently, without higher recurrence rates. However, the literature lacks more information about this technique without the use of synthetic mesh.

Aim: To evaluate symptomatic recurrence of apical prolapse in patients treated with SSH without the use of synthetic mesh.

Methods: Retrospective cohort of patients submitted to SSH for correction of apical uterine prolapse between 2015 and 2020 at Hospital Fêmeina - Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS - Brazil.

Results: We analyzed 122 women, with a mean age of 66.8 years (SD 7.5 years), and mean follow-up time of 16.1 months (SD 7.4 months). Apical prolapse recurrence occurred in 7 (5.6%) patients. Recurrence was significantly higher ($p=0.018$) in patients with stage 4 (recurrence: n6; 15%) when compared to the other patients (stage 2 and 3 grouped – recurrence: n1; 1.2%). The estimated recurrence-free survival time at Kaplan-Meier curve was 51.6 months (CI 95% – 40.3 to 62.8 months) after surgery.

Conclusions: Mesh-free SSH is an effective treatment for the correction of uterine prolapse with low rates of complications. Although there is a lack of data on long-term follow-up (5 years), short-term follow-up presented promising outcomes for the use of the technique.

Keywords: pelvic organ prolapse; sacrospinous hysteropexy, uterine preservation; uterine prolapse.

INTRODUÇÃO

Entre as mulheres, em especial as de faixa etária mais avançada, é comum a ocorrência prolapso genital, o qual é definido segundo a International Urogynecological Association (IUA) e a International Continence Society (ICS) como a queda, descolamento ou deslizamento inferiormente do útero e/ou dos diferentes compartimentos vaginais e de órgãos pélvicos como bexiga, reto ou intestino [HAYLEN, 2010]. Apresentando-se com sintomatologia variada, tal patologia tem grande impacto na qualidade de vida dessas mulheres, com queixas comuns desde desconforto na região genital, dor, sensação de "bola na vagina" e de arrastamento, ulcerações genitais, disfunção miccional e infecções frequentes do trato urinário, e até mesmo de disfunção sexual [CARRAMÃO, 2009].

Consequência de uma fragilidade do assoalho pélvico que pode se originar por diversos fatores de risco (tanto genéticos com tecidos apresentando um colágeno débil, quanto pela história de vida como número de gestações, partos, sobrepeso, entre outros), o prolapso pode-se apresentar de maneiras diferentes conforme o sítio da região genital que apresenta deficiência. Pode-se, portanto, apresentar prolapso genital apical (uterino ou de cúpula vaginal), de parede anterior, e de parede posterior [MAHER, 2007]; sendo comum a presença de mais de um desses tipos de prolapso na mesma paciente resultando em uma distopia mais elevada.

A histerectomia é a técnica cirúrgica mais utilizada no tratamento dos prolapso genitais com componente apical [GUTMAN, 2017]. As estatísticas apontam que nos Estados Unidos, o prolapso uterino é a indicação de cerca de 14% das histerectomias [RIDGEWAY, 2017]. Todavia, mesmo tratando-se de técnica ainda pouco utilizada na literatura para o tratamento de prolapso uterino apical, a histeropexia sacroespinhosa (HSE) sem uso de tela vem ganhando espaço a nível mundial e vem sendo realizada pelo Departamento de Ginecologia do Hospital Fêmeina - Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A histeropexia busca a resolução do prolapso apical com preservação uterina e, consequentemente, com menor alteração anatômica e funcional do assoalho pélvico. A abordagem técnica ocorre através de dissecação da parede vaginal anterior ou posterior (conforme qual desses sítios apresenta maior distopia além do componente apical a ser tratado), seguido de dissecação roma do espaço pararectal até a espinha isquiática (EI), e com isso a visualização do ligamento sacroespinhoso (LSE) medialmente. Realiza-se,

portanto, a ancoragem do colo uterino por 2 pontos com fio de polipropileno (inabsorvível), sob visão direta, no LSE com a resolução do prolapso apical (uterino) sem a utilização de telas. Combina-se, sempre que indicado, as demais técnicas cirúrgicas para correção de defeitos concomitantes, existentes no compartimento vaginal anterior ou posterior. Tal técnica foi inicialmente descrita por Amrelch e Richter, porém, com fixação da cúpula vaginal e ancoragem apenas no LSE direito para reduzir o risco de lesão retal [DECLAS, 2020]. Na literatura a taxa de sucesso apresenta uma ampla variação (65 a 97%), todavia, quando comparada a fixação sacral tem maior recidiva e queixa de dispareunia mais frequente [MAHER, 2007].

Há duas décadas, iniciou-se uma ampla utilização de telas sintéticas para o tratamento do prolapso genital objetivando-se uma abordagem minimamente invasiva. No entanto, diversas complicações são relatadas na literatura, além de um resultado funcional não superior, para a maioria dos sítios anatômicos, às técnicas tradicionais [MAHER, 2016]. Esses fatores, associados à conseqüente crescente demanda judicial, resultou na atual restrição do uso de telas na correção do prolapso por via vaginal (sendo proscritas em alguns países, como o EUA), restringindo-se a sua utilização no tratamento com abordagem via abdominal e no tratamento de incontinência urinária de esforço. Portanto, a realização da HSE sem o uso de tela sintética permite manter uma abordagem minimamente invasiva pela via vaginal sem a utilização de tela sintética.

A HSE sem o uso de tela sintética já é empregada no atendimento das pacientes do Hospital Fêmeina há alguns anos, e o número considerável de mulheres tratadas pode contribuir com dados relevantes para a literatura médica. Portanto, com finalidade de avaliar os desfechos cirúrgicos, bem como os índices de complicações intra e pós-operatórias, e a taxa de recidivas dessas pacientes, foi realizada uma revisão de prontuários, constituindo-se uma coorte histórica, a qual fornece informações que podem contribuir para a avaliação crítica desta técnica, e ampliar a gama de possibilidades para o atendimento de uma patologia frequente e de alto impacto na qualidade de vida das pacientes.

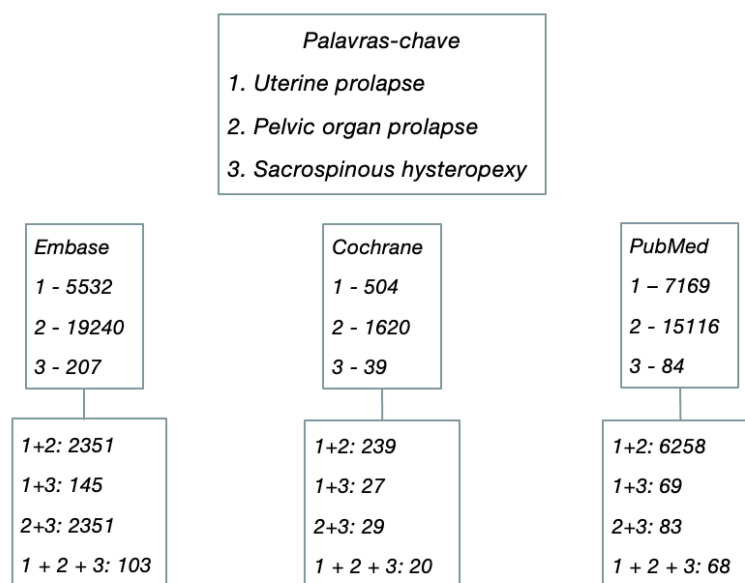
REVISÃO DA LITERATURA

1. Estratégias para localizar e selecionar as informações

A revisão sistematizada da literatura foi realizada a partir das bases de dados online PubMed (*U.S. National Library of Medicine, U.S. National Institutes of Health*), Cochrane (*Cochrane Library*) e Embase (*Excerpta Medica dataBASE*). Foram utilizadas para pesquisa as seguintes palavras-chave na língua inglesa: uterine prolapse, pelvic organ prolapse, sacrospinous hysteropexy. Sendo adicionados os filtros de seleção de língua de publicação (inglês e português).

A revisão foi ampliada por meio da busca a referências bibliográficas de revisões sistemáticas anteriores e de estudos relevantes, e a outras fontes. O total de artigos resultantes da pesquisa, conforme as palavras-chave utilizadas, para cada base de dados pode ser observado no quadro 1.

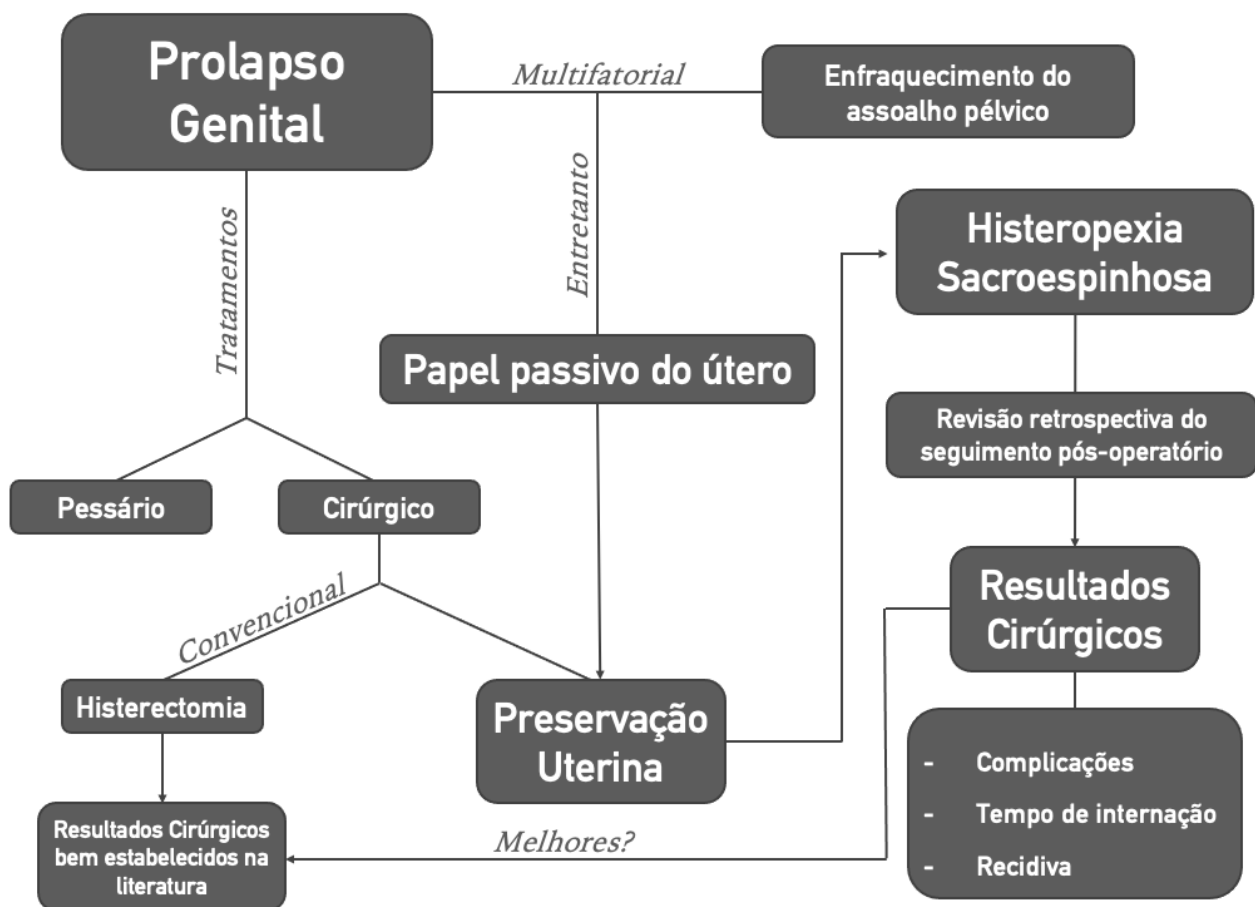
Os estudos foram selecionados em um processo de duas etapas. Em primeiro lugar, os títulos e resumos de pesquisas eletrônicas foram analisados por um revisor e foram obtidos os artigos completos de todas as citações que eram suscetíveis de satisfazer os seguintes critérios de seleção: serem artigos de pesquisa originais, ensaios clínicos randomizados, revisões, revisões sistemáticas ou metanálises. A inclusão ou a exclusão dos artigos foi realizada após leitura dos artigos.



Quadro 1: busca sistematizada da literatura.

Foram incluídas também webpages do UpToDate, do NIH – National Institute of Health Service (National Cancer Institute), do NICE – National Institute for Health, e da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. Assim como literatura impressa referência na área (WALTERS, M. D.; KARRAM, M. M. Uroginecologia e cirurgia reconstrutiva pélvica).

2. Mapa conceitual



Quadro 2: mapa conceitual esquemático.

3. Prolapsos genitais

O prolapso dos órgãos pélvicos atinge até 50% das mulheres com parto prévio e é consequente ao enfraquecimento das estruturas responsáveis pelo suporte dos órgãos pélvicos e da vagina [PERSU, 2011; HOMOLA, 2021]. Esse enfraquecimento ocorre tanto pela estrutura do colágeno e dos tecidos (particular da genética de cada paciente), quanto

pela história de vida individual e pelo envelhecimento [SAPUTRA, 2022]. O resultado é a descida de vísceras pélvicas através da vagina com deterioração da qualidade de vida. Por consequência, é motivo comum de consulta ao ginecologista, e de um elevado número de encaminhamentos da rede básica às referências em cirurgia do assoalho pélvico.

Com o aumento da longevidade da população, espera-se uma alta de cerca de 43% no número de cirurgias para tratamento de prolapso genital nas próximas três décadas [MERIWETHER, 2019]. As estimativas apontam que 11% das mulheres serão submetidas a alguma cirurgia para correção de prolapso de órgãos pélvicos, sendo que nos EUA cerca de 200 mil procedimentos são realizados anualmente para o tratamento de tal patologia, e estima-se que até 30% dessas pacientes operadas necessitarão de cirurgia pélvica adicional no futuro, seja por recorrência do prolapso ou para tratamento de incontinência urinária [JONES, 2010; BOYLES, 2003; OLSEN, 1997; ASANTE, 2010].

Para o planejamento do tratamento e seguimento dessas pacientes, é necessário deter o conhecimento de que os prolapso genitais podem se apresentar em diferentes sítios do trato genital feminino, desde um prolapso apical ou de cúpula vaginal (uterino ou de fundo de saco vaginal pós-histerectomia), de parede vaginal anterior (cistocele, uretrocele, e/ou defeito para-vaginal/fáscia), de parede vaginal posterior (enterocele, retocele, defeito perineal), ou, frequentemente, sendo uma combinação de mais de um desses tipos de prolapso [MAHER, 2007].

Os prolapso são classificados quanto à sua gravidade em estágios, pelo sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-q), o qual apresenta uma terminologia padrão para descrição e quantificação do prolapso de forma objetiva, facilitando e tornando mais eficiente a comunicação clínica e acadêmica [BUMP, 1996]. Nove medidas do prolapso são realizadas na parede vaginal em relação ao ponto de referência fixo no anel himenal, e com isso pode-se classificá-lo em 4 estágios:

Estágio zero: ausência de prolapso;

Estágio 1: a porção mais distal do prolapso está mais de 1 centímetro acima do hiato himenal;

Estágio 2: a porção mais distal do prolapso está 1 centímetro ou menos (cranial ou caudal) do hiato himenal;

Estágio 3: a porção mais distal do prolapso está mais de 1 centímetro abaixo do hímen, porém, essa medida não é maior que o valor do comprimento vaginal total menos 2 centímetros;

Estágio 4: eversão vaginal completa (a porção mais distal do prolapso está abaixo do hímen a uma medida maior do que o valor do comprimento vaginal total menos 2 centímetros).

Tal variedade nas apresentações dos prolapso podem levar as pacientes a apresentarem sintomatologia diversa. Algumas possuem disfunções urinárias e intestinais associadas, por vezes necessitando de redução manual do prolapso para micção e evacuação. Outros sintomas possíveis são: disfunção sexual, infecção de repetição do trato urinário, ulcerações genitais (de contato), sensação de peso na pelve, protuberância saindo pela vagina, e até mesmo dor nas costas [WALTERS, 2016]. Além da sintomatologia psíquica, devido ao impacto que o prolapso tem sobre a imagem corporal da mulher, e conseqüentemente sobre seus relacionamentos pessoais, sexualidade, feminilidade, e atividades diárias e de trabalho [LOWDER, 2011].

3.1 Etiologia dos prolapso genitais

John DeLancey demonstrou, nas décadas de 80 e 90, que as estruturas do assoalho pélvico e suas vísceras são mantidas por um complexo músculo-fascial dividido em 3 diferentes níveis de suporte denominados níveis de DeLancey (Figura 1) [WALTERS, 2016]. O primeiro nível é formado pelo complexo ligamentar cardinal-uterossacro que se insere na parede lateral pélvica e no sacro, sendo responsável pelo suporte do colo uterino e da parte superior da vagina mantendo-os acima do nível das espinhas isquiáticas e, portanto, a falha nesse nível origina o prolapso apical. O nível II de suporte (figura 2) é composto pela fásia pubocervical e fásia retovaginal, ambas, espessamentos da fásia endopélvica que se fixam, anteriormente, ao arco tendíneo da fásia pélvica e, posteriormente, ao arco tendíneo retovaginal. Este nível é, portanto, responsável pela sustentação da porção medial vaginal, e defeitos na sua fixação podem resultar em prolapso da parede vaginal anterior e posterior, e em defeitos paravaginais. O suporte do nível 3 é formado pelos músculos perineais superficiais e profundos e suas fásias, do corpo perineal e da membrana perineal, os quais juntos mantêm o terço inferior da vagina, introito vaginal e uretra em posição anatômica, evitando hipermobilidade uretral e incontinência de esforço, anteriormente, e prolapso distais de parede vaginal posterior

(retoceles) e descida perineal, posteriormente. Todos esses 3 níveis estão interligados pela continuação da fáscia endopélvica [WEI, 2004; UpToDate, 2021].

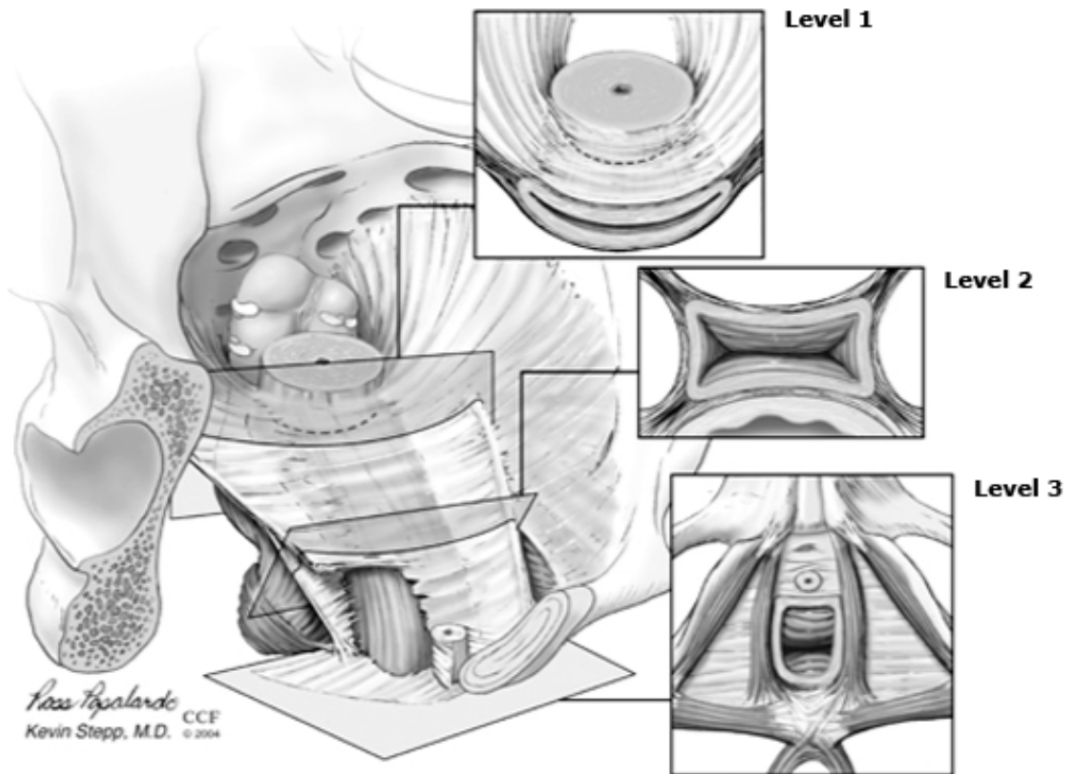


Figura 1: Níveis de DeLancey para o suporte vaginal. Level 1 – ligamentos uterosacos e ligamento cardinal; Nível 2 – fáscias pubocervical e retovaginal (espessamentos da fáscia endopélvica); Nível 3 – músculos perineais superficiais e profundos e suas fáscias, do corpo perineal e da membrana perineal [UpToDate, 2021].

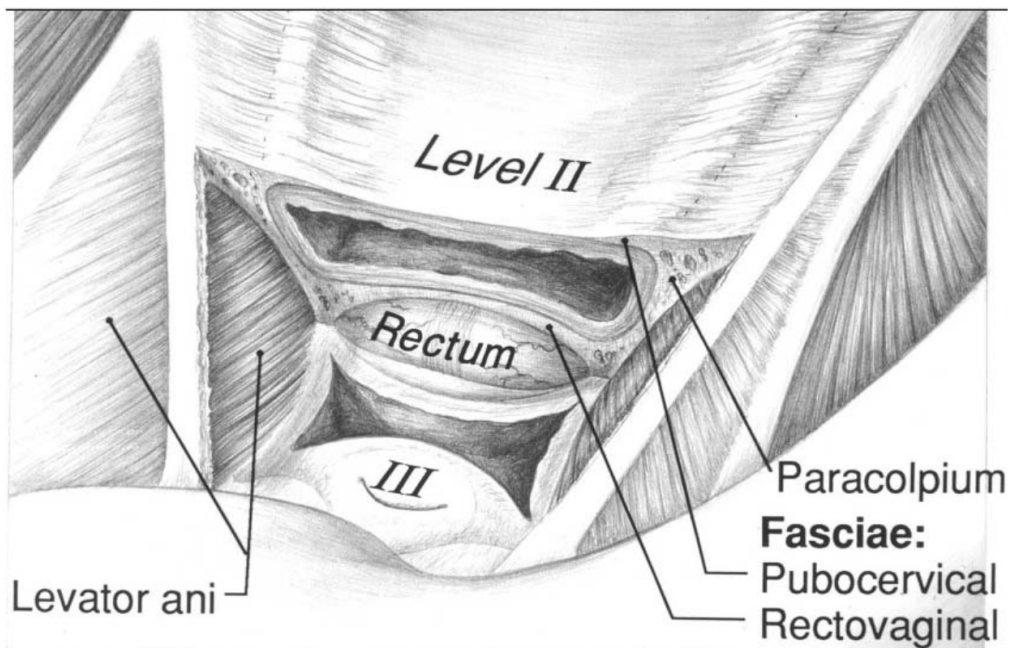


Figura 2: Nível 2 de DeLancey – fáscias pubocervical e retovaginal (espessamentos da fáscia endopélvica) conectando-se aos arcos tendíneos da fáscia pélvica e retovaginal, por consequência, ligando a vagina à aponeurose do músculo elevador do ânus [WEI, 2004].

Todo esse sistema de sustentação das vísceras pélvicas pode ser afetado de forma complexa e diversa, podendo os fatores de riscos serem divididos entre estabelecidos e potenciais [WALTERS, 2016]. Fatores de risco estabelecidos são: parto vaginal (especialmente quando ocorrem traumas do músculo elevador do ânus), idade avançada e obesidade [HOMOLA, 2021]. Fatores de risco potenciais: gestação prévia (independente da via de parto), parto instrumentado, idade jovem no primeiro parto, segundo período do trabalho de parto prolongado, filhos com peso fetal no nascimento >4500g, anatomia da pelve óssea (forma e orientação), história familiar de prolapso de órgão pélvico, raça ou origem étnica (maior predisposição se caucasiana, seguida da asiática, e por último a afrodescendente); doenças do tecido conjuntivo ou outros fatores genéticos, atividade laboral exigindo trabalho pesado, constipação crônica, menopausa, histerectomia prévia (principalmente se não foi realizada culdoplastia concomitante) [WALTERS, 2016; CRUIKSHANK, 1999]. Dentre todos esses fatores, a história de parto vaginal tem sido apontada como o fator com contribuição mais significativa para o desenvolvimento da patologia, em especial os instrumentalizados [MERIWETHER, 2019; IGLESIA, 2017; MAHER, 2007]. Nota-se, também, o envolvimento do aumento crônico da pressão intra-abdominal como fator contribuinte através do estiramento contínuo das fâscias, ligamentos e fibras musculares [IGLESIA, 2017]. Situação essa que pode ocorrer em casos de pneumopatias com tosse crônica, de constipação intestinal crônica, atividade laboral braçal, e alguns tipos de atividade física (halterofilismo, *crossfit*, *jump*, entre outros).

Outras patologias também podem vir a contribuir para essa falha dos sistemas de suspensão e sustentação pélvicos, tais como doenças do colágeno (congenitas ou adquiridas), doenças neurológicas (como meningomielocele, esclerose múltipla, miastenia gravis e outras), e lesões neurológicas locais por cirurgias pélvicas prévias [WALTERS, 2016].

3.2 Tratamento dos prolapso genitais

O quadro sintomático, somado ao grau do prolapso apresentado pela paciente, influenciará na decisão do tratamento a ser adotado, assim como o estado geral de saúde e suas comorbidades, podendo-se optar por tratamento conservador ou cirúrgico [IGLESIA, 2017].

A fisioterapia pélvica pode proporcionar uma pequena melhora sintomática nas pacientes que apresentem prolapso de estágios iniciais, entretanto, não reverte a patologia [WIEGERSMA, 2014]. São realizados exercícios dos músculos elevadores do ânus, também conhecidos como Kegel, através da contração sistemática dos mesmos que resulta numa melhora da função do assoalho pélvico. Os resultados são obtidos através da execução de 45 a 60 repetições por dia desses exercícios em duas a três séries [IGLESIA, 2017].

Outra opção de tratamento conservador, todavia, esse com alta efetividade é a utilização de pessários. Considerado como boa prática em ginecologia pela Sociedade Americana de Uroginecologia a sua não exclusão como opção de tratamento, visto que pelo menos um terço das pacientes manterão adesão ao tratamento após um ano de uso [CLEMONS, 2004]. Tendo em vista que se trata de opção em todos os estágios de prolapso, podendo prevenir a progressão da patologia, assim como evitar ou retardar a indicação de tratamento cirúrgico [HANDA, 2002]. Trata-se de dispositivos de silicone que são inseridos na vagina com o objetivo de restaurar a posição anatômica dos órgãos pélvicos e conseqüentemente reduzir os sintomas do prolapso. Deve-se avaliar o modelo mais apropriado a cada caso, assim como o tamanho – sendo esse tipo de tratamento de baixo custo, baixo índice de complicação e alta taxa de sucesso. Trata-se de uma opção nos casos de pacientes que não desejam se submeter a cirurgia, mulheres que não apresentam condições clínicas de serem submetidas a procedimentos cirúrgicos, e para aquelas que

possuem desejo de engravidar. Entretanto, as complicações desse método existem, entre as mais graves estão a erosão na bexiga e no reto resultante da negligência na manutenção do dispositivo, e menos graves como vaginites recorrentes. Portanto, em mulheres com algum grau de demência ou limitação de movimento e destreza (mais frequente entre pacientes com idade avançada como no prolapso) pode haver necessidade de manutenção e gerenciamento do pessário em consultório com visitas mais frequentes ao ginecologista, ou até mesmo contra indicação ao método [IGLESIA, 2017]. Nas mulheres com queixa de dor pélvica o seu uso também pode ser limitado.

Nos casos em que se opta por tratamento cirúrgico são muitas as técnicas possíveis, incluindo abordagem via vaginal (preferida nos tratamentos cirúrgicos primários) e abdominal (usualmente com emprego da sacropexia com uso ou não de tela de polipropileno), sendo o objetivo de ambas restaurar a anatomia, assim como a restauração e manutenção da função vesical, intestinal e sexual. Na abordagem cirúrgica vaginal, comumente se realiza a histerectomia vaginal associada a outras técnicas cirúrgicas de sustentação da cúpula vaginal, as quais têm, também, função de profilaxia da recidiva do prolapso, e, ainda, conforme a especificidade de cada caso, pode-se associar o reparo sítio-específico da parede vaginal anterior e/ou posterior [MAHER, 2007]. Há ainda a possibilidade de tratamento cirúrgico através de técnicas obliterativas para aquelas pacientes que não pretendem manter a função, como no caso da colpocleise, e que pode ser realizada sem a realização da histerectomia, com redução de tempo cirúrgico e sangramento e, portanto, redução da morbidade vantajosa principalmente para pacientes com risco cirúrgico elevado [FITZGERALD, 2006].

Entretanto, mesmo nos casos das técnicas mais difundidas, o índice de falha pode variar de 4 a até 33% [VIRTANEN, 1993; BENSON, 1996]. Entre as técnicas frequentemente associadas a histerectomia vaginal estão a fixação da cúpula por técnica

de McCall nos ligamentos útero-sacros ou associada a fixação sacroespinhosa da cúpula. Ambas as técnicas também foram descritas com aplicação de telas sintéticas, o que apresentou como complicação comum a exposição das mesmas no pós-operatório, chegando em alguns casos a um índice de até 20% [CARRAMÃO, 2009], além de elevarem o risco de formação de fístulas e retração vaginal, e de possuírem um alto custo. Estas complicações culminaram com a contraindicação do seu uso na correção por via vaginal do prolapso de órgãos pélvicos na última década. Deste modo, a literatura que descreve técnicas cirúrgicas que não incluam o uso de tela sintética ou da histerectomia ainda é pequena.

Outras complicações associadas à histerectomia para correção do prolapso uterino são os riscos específicos de lesão relativos ao procedimento, riscos de recidiva pela fragilidade prévia dos tecidos, e pela extensa modificação - tanto anatômica quanto funcional - do assoalho pélvico, além do maior risco de sangramento e infecção (técnica mais invasiva, inclusive pela abordagem intraperitoneal) [WALTERS, 2016].

3.3 Histórico da preservação uterina no tratamento do prolapso

Antes da existência de técnicas de antisepsia e da antibioticoterapia, a histerectomia era considerada um procedimento de alto risco, e, portanto, a histeropexia era uma técnica popular ao final do século XIX [DUHRSSSEN, 2016]. Todavia, ao longo do século seguinte, com o desenvolvimento dos antibióticos e avanços nos procedimentos cirúrgicos de antisepsia, a histerectomia tornou-se segura e, logo, o tratamento de escolha no prolapso uterino.

Nas últimas décadas, com o foco nas abordagens minimamente invasivas, a preservação uterina foi retomada na discussão acadêmica, prevendo uma menor

morbidade operatória sem prejuízos nos resultados [MERIWETHER, 2019]. Não só se destacou que a histerectomia extirpa um órgão que não é responsável pela origem da doença (apenas desenvolve papel passivo no prolapso), como também houve o entendimento de que ela ainda reflete na ruptura do complexo ligamentar cardinal-uterossacro, com enfraquecimento do suporte do assoalho pélvico e possível agravamento da patologia [WEI, 2004; UpToDate, 2021]. Em contrapartida, a preservação uterina fornece tecidos mais sólidos para a ancoragem dos pontos, uma vez que mantém as estruturas e compartimentos de fixação originais intactos [HOMOLA, 2021].

A crescente abordagem através de decisão compartilhada com as pacientes também se soma a esses fatos. As mulheres cada vez mais demonstram interesse na busca de opções diferentes de tratamento e informações sobre tais opções. Conseqüentemente, participam da tomada de decisão entre preservação uterina ou não. Em dois estudos, com mais de 300 pacientes, os autores verificaram que mais de 50% das pacientes optaram por preservar seus úteros, quando lhes foi colocado que o resultado para o tratamento do prolapso conservando o útero seria semelhante ao da histerectomia. Mesmo quando o cenário colocado foi da possível superioridade da histerectomia no tratamento do prolapso, sobre a histeropexia, 21% das pacientes ainda assim preferiram manter seus úteros, preservando sua autoimagem [KORBLY, 2013; FRICK, 2013].

3.4 A histeropexia no tratamento cirúrgico do prolapso uterino

A compreensão da dinâmica do suporte dos órgãos pélvicos associado ao papel passivo do útero na origem do prolapso leva a um questionamento sobre a histerectomia como passo obrigatório e rotineiro para o tratamento reparador da patologia [MERIWETHER, 2019]. Além de a exérese uterina em si não tratar o prolapso apical, ela ainda contribui para o desenvolvimento futuro de prolapso de cúpula vaginal.

Quando se propõe um tratamento cirúrgico, o objetivo ao realizá-lo é de “preservar e manter a função dos órgãos saudáveis, minimizando a morbidade” [HEFNI, 2011, p. 171]. Logo, se o útero prolapsado não é um órgão doente, pois, a patologia ocorre por defeito do assoalho pélvico, poderíamos preservá-lo. Portanto, já na década de 90 surgiram autores que afirmavam que a histerectomia não deveria ser o foco do tratamento dos prolapso uterinos, podendo o médico assistente optar por técnicas como a colpopexia sem histerectomia no caso das pacientes que desejassem manter o útero [NICHOLS, 1993].

Técnicas com preservação uterina como a HSE podem se apresentar mais vantajosas na abordagem do tratamento cirúrgico dos prolapso uterinos. Por se tratar de técnica cirúrgica de menor porte e menos invasiva, apresenta redução do risco de lesões transoperatórias, menor perda sanguínea, menos modificação anatômica e funcional do assoalho pélvico; possibilidade de período de internação reduzido e tempo mais curto para retomada das atividades pessoais. Vale destacarmos que a redução da morbidade com a técnica cirúrgica empregada é de grande valor, em especial por se tratar de patologia comum em mulheres de idade mais avançada, e que frequentemente apresentam outras comorbidades [HEFNI, 2003; BOSSHARDT, 2003]. Além disso, ainda que menos frequentes, a patologia pode apresentar-se em mulheres em idade reprodutiva, e com a tendência atual à maternidade tardia essas pacientes são mais propensas a uma paridade mais baixa, portanto, a cirurgia com preservação uterina constitui opção terapêutica que pode ser oferecida a essas pacientes que desejam preservar a fertilidade [STROHBEHN, 1997].

A técnica de histeropexia foi descrita inicialmente por Amrelch em 1950 e modificada por Richter em 1968 e, naquele momento, já foi descrita com a fixação no LSE direito para evitar o risco de lesão retal devido a topografia do reto-sigmoide mais à esquerda [DECLAS, 2020]. Entretanto, a técnica pode ser realizada com fixação uni ou bilateral aos ligamentos

sacroespinhososo. A descrição cita abordagem através da realização de abertura da parede vaginal posterior para dissecação roma do espaço pararectal e identificação da EI e, medialmente, do LSE. Em seguida, realiza-se, sob visão direta, a passagem de fio de sutura inabsorvível no LSE 2 cm medialmente a EI, a fim de evitar lesão inadvertida do plexo pudendo (artéria e nervo) posteriores a essa estrutura [DECLAS, 2020]. Esse mesmo fio é ancorado na cúpula vaginal (técnica descrita inicialmente) ou na cérvice uterina, sem que essa sutura transfixe a mucosa vaginal. No entanto, antes da realização do nó cirúrgico nesse fio realiza-se a sutura de quase toda mucosa vaginal com fio absorvível até que reste apenas pequeno pertuito por onde emerge esse fio inabsorvível, nesse momento ele é atado elevando a cúpula vaginal para proximidade do LSE e corrigindo o prolapso apical, for fim secciona-se o fio o mais próximo possível do nó e o tal pertuito restante da mucosa é fechado. A técnica, então, tem a vantagem de utilizar a fixação em uma estrutura que não está envolvida com a gênese do prolapso (LSE). Embora a descrição original tenha sido com abordagem via parede vaginal posterior, a técnica pode ser realizada através da parede vaginal anterior, o determinante da escolha entre as abordagens é o compartimento que apresente maior distopia, além do componente apical a ser tratado, visto esse ser o ponto de maior fragilidade no assoalho pélvico da paciente, buscando-se assim reduzir as chances de recidiva nesse ponto [PLAIR, 2021].

Caracteriza-se, portanto, como procedimento extraperitoneal, eliminando os riscos de contaminação da cavidade abdominal, além de não proporcionar tração do retroperintônio na linha média (como ocorre na utilização dos ligamentos uterossacros) que pode levar ao acotovelamento ureteral e conseqüente obstrução. Vale destacarmos, que em teoria a fixação nos ligamentos uterossacros levaria a menor desvio do eixo vaginal lateralmente com disfunções sexuais menos frequentes. Contudo, diferentemente do que acontece com a colpofixação sacroespinhosa após a histerectomia, quando há um desvio lateral e posterior do eixo vaginal, na fixação uterina esse desvio é menor com

sintomatologia menos frequente, além de aparentemente regredir ao longo do seguimento [HEFNI, 2011].

A técnica de HSE pode, portanto, ser realizada sem o uso de telas, de modo a evitar as complicações da sua utilização (conforme orientação atual em alguns países, como nos EUA após a proscrição das mesmas por autoridades de saúde como o *FDA – Federal Drug Administration*). Entretanto, uma ampla parcela dos estudos publicados até o momento aborda técnica de histeropexia associada ao uso de telas sintéticas [CARRAMÃO, 2009; SHKARUPA, 2020; NAGER, 2021], o que torna tão importante a continuidade de trabalhos acerca dessa técnica sem o emprego de telas. Além da relevância do estudo desta técnica devido ao seu caráter menos invasivo, e de menor morbidade trans e peri-operatória, com sucesso terapêutico relatado equivalente [PLAIR, 2021]. Estudos já demonstraram que não há uma diferença significativa entre as taxas de recidivas do prolapso quando comparamos pacientes tratadas com histeropexia e com histerectomia [CARRAMÃO, 2009; NAGER, 2021]. As taxas de sucesso terapêutico variam de 65 a 97%, embora quando comparada ao tratamento com sacropexia os estudos apresentem maior recidiva e dispareunia na histeropexia [MAHER, 2007]. Todavia, vale destacar o caráter mais invasivo para abordagem com sacropexia.

3.5 Contraindicações à preservação uterina

O principal questionamento e preocupação acerca de preservação uterina é o risco de uma patologia uterina maligna incipiente, seja de origem cervical ou endometrial. A presença de doenças uterinas benignas e malignas devem ser consideradas contraindicação para preservação uterina [HOMOLA, 2021].

Diversos trabalhos já foram realizados com objetivo de avaliar a incidência dessas em mulheres submetidas a histerectomia por prolapso. Ackenborn e colaboradores [2016] publicaram um estudo com uma análise retrospectiva histopatológica de 1196 úteros pós-histerectomia por prolapso, apenas 3 peças (0,3% das pacientes) apresentaram malignidade e 7 (0,6%) apresentavam hiperplasia endometrial. Entre esses casos de malignidade a literatura também aponta que embora eles ocorram entre as pacientes pós-menopáusicas, as taxas de patologia endometrial não diagnosticada são altas naquelas com queixa de sangramento uterino anormal [FRICK, 2010]. Portanto, patologias cervicais e endometriais devem ser investigadas através de avaliação clínica e de fatores de risco e sinais/sintomas suspeitos na consulta ginecológica, além de um exame físico minucioso nas pacientes candidatas a preservação uterina. Quando indicado, deve-se realizar avaliação ultrassonográfica e/ou histeroscopia diagnóstica, assim como, além da realização do rastreio de rotina com citologia oncológica do colo uterino, a avaliação colposcópica com biópsia deve ser realizada se achados suspeitos [NIH, 2021; NICE, 2021; INCA, 2016]. Nos casos de pacientes com queixa de sangramento uterino anormal por miomatose e adenomiose, assim como as com histórico de neoplasia mamária prévia com uso de Tamoxifeno é aconselhável a realização da histerectomia no tratamento cirúrgico do prolapso genital [WALTERS, 2016]. Todavia, é frequente entre as pacientes com estadiamento do prolapso mais elevado a queixa de sangramento devido a escaras de contato. Tais ulcerações, em geral, apresentam boa resposta a terapia hormonal tópica; e aos antibióticos tópicos se presença de infecção secundária. Não se tratam, portanto, de uma contraindicação à preservação uterina pois são consequentes ao prolapso e não a patologias neoplásicas.

Nos casos em que o acesso ao serviço de saúde com avaliação ginecológica de rotina para rastreio de patologias uterinas, assim como a possibilidade de seguimento da paciente seja precário ou inexistente, a preservação uterina também pode ser

contraindicada [WALTERS, 2016]. Entre outras contraindicações na literatura ainda encontramos a síndrome de câncer familiar por mutação de BRCA 1 e 2, síndrome de LINCH, e colo uterino hipertrófico (contraindicação relativa) [WALTERS, 2016].

JUSTIFICATIVA

O prolapso genital é uma patologia comum entre as mulheres, em especial com idade mais avançada e, considerando o aumento da longevidade da população, principalmente da parcela do sexo feminino, a prevalência desta condição tende a aumentar. Assim, o estudo da técnica e a exploração dos dados sobre a HSE sem o uso de tela sintética como tratamento cirúrgico para prolapso uterino faz-se muito importante, pois pode melhorar os sintomas, é um procedimento menos invasivo, e não apresenta as complicações cirúrgicas causadas pelo uso de tela sintética.

Estudos como este são, portanto, relevantes, e contribuem para a avaliação das técnicas para o tratamento dos prolapsos genitais, que ainda constituem um desafio aos cirurgiões e escolas da área em todo o mundo.

HIPÓTESES

Hipótese nula

O tratamento do prolapso apical com HSE sem uso de tela não apresenta resultados superiores aos da histerectomia vaginal associada a técnicas de correção do prolapso apical descritos na literatura em relação aos índices de recidiva do prolapso.

Hipótese alternativa

O tratamento do prolapso apical com HSE sem uso de tela apresenta resultados superiores aos da histerectomia vaginal associada a técnicas de correção do prolapso apical descritos na literatura em relação aos índices de recidiva do prolapso.

OBJETIVOS

Principal

Avaliar a taxa de recidivas de prolapso apical das pacientes que realizaram tratamento cirúrgico com HSE e que mantiveram seguimento pós-operatório de pelo menos 6 meses.

Secundários

Identificar fatores relacionados a recidiva sintomática do prolapso apical;

Descrever as características da população quanto à idade, paridade, IMC, e comorbidades;

Avaliar o estadiamento de prolapso uterino apresentado pela população atendida;

Avaliar as intercorrências trans-operatórias ocorridas (perda sanguínea com repercussão hemodinâmica, lesão vesical, lesão intestinal), o tempo de internação pós-operatória, a ocorrências de infecções de sítio cirúrgico, a incidência de deiscências de suturas; a taxa de reinternações pós-operatórias;

Observar se ocorreram complicações pós-operatórias.

REFERÊNCIAS

- ACKENBOM, M. F. *et al.* Incidence of occult uterine pathology in women undergoing hysterectomy with pelvic organ prolapse repair. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, Baltimore, v. 22, n. 5, p. 332-35, 2016.
- ASANTE, A. *et al.* Elective oophorectomy in the United States: trends and in-hospital complications, 1998-2006. **Obstet Gynecol**, New York, v. 116, n. 5, p. 1088-95, 2010.
- BENSON, J. T.; LUCENTE, V.; MCCLELLAN, E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 175, n. 6, p. 1418-21, 1996.
- BETSCHART, C. *et al.* Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. **Neurourol Urodyn**, New York, v. 36, n. 2, p. 507-513, 2017.
- BOSSHARDT, T. Outcomes of ostomy procedures in pacientes aged 70 years and older. **Arch Surg**, Chicago, v 138, p. 1077-82, 2003.
- BOYLES, S. H.; WEBER, A. M.; MEYN, L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 188, 108 p., 2003.
- BRADLEY, S.; GUTMAN, R. E.; RICHTER, L. A. Hysteropexy: an option for the repair of pelvic organ prolapse. **Curr Urol Rep**, Philadelphia, v. 19, n. 2, 15 p., 2018.
- BUMP, R. C. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 175, n. 1, p. 10-7, 1996.
- CARRAMÃO, S. *et al.* A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: hysteropexy versus hysterectomy. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 65-72, 2009.
- CHANG, C. *et al.* Uterine-preserving pelvic organ prolapse surgery using the UPHOLD LITE vaginal support system: the outcomes of 291 patients. **Medicine (Baltimore)**, Baltimore, v. 98, n. 14, e15086 p., 2019
- CLEMONS, J. L. *et al.* Patient characteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 191, n. 1, p. 159-164, 2004.
- CRUIKSHANK, S. H.; KOVAC, S. R. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 180, n. 4, p. 859-65, 1999.
- DECLAS, E. *et al.* How we perform a posterior sacrospinous ligament fixation by the vaginal route. **Int Urogynecol J**, London, v. 31, n. 7, p. 1479-1481, 2020.

DUHRSSSEN, A. **Ueber die operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio uteri auf vaginalem wege mit besonderer Berucksichtigung der Dauerfolge.** Kiel: Hansebooks, 2016. 172 p.

FITZGERALD, M. P. *et al.* Colpocleisis: a review. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.** London, v. 17, n. 3, p. 261-71, 2006.

FRICK, A. C. *et al.* Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**, Baltimore, v. 19, 103 p., 2013.

FRICK, A. C. *et al.* Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 202, n. 5, 507 p., 2010.

FRITEL, X. *et al.* Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. **Obstet Gynecol**, New York, v. 113, n. 3, p. 609-16, 2009.

GUTMAN, R. E. Apical support defects. In: BENT, A. E.; CUNDIFF, G. W.; SWIFT, S. E. **Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. cap. 29, p. 479-98.

GUTMAN, R. E. *et al.* Vaginal and laparoscopic mesh hysteropexy for uterovaginal prolapse: a parallel cohort study. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 216, n. 1, 38.e1-38.e11, 2017.

GUTMAN, R.; MAHER, C. Uterine-preserving POP surgery. **Int Urogynecol J**, London, v. 24, 1803 p., 2013.

HANDA, V. L.; JONES, M. Do pessaries prevent the progression of pelvic organ prolapse?. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, Surrey, v. 13, n. 6, p. 349-351, 2002.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Int Urogynecol J**, London, v. 21, n. 1, p. 5-26, 2010.

HEFNI, M; EL-TOUKHY, T. Is hysterectomy necessary to treat genital prolapse?. In: THEOBALD, P. V.; ZIMMERMAN, C. W.; DAVILA, G. W. **New techniques in genital prolapse Surgery.** New York: Springer-Verlang London Limited, 2011. cap. 15, p. 171-181.

HEFNI, M. *et al.* Sacrospinous cervicocolpopexy with uterine conservation for uterovaginal prolapse in elderly women: an evolving concept. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 188, p. 644-50, 2003.

HOMOLA, P.; GERMUND, H.; KOŠŤÁL, M. Sacrospinous hysteropexy - an alternative in primary surgical treatment of apical compartment prolapse. **Ceska Gynecol.** Praga, v. 86, n. 3, p. 200-204, 2021.

IGLESIA, C. B.; SMITHLING, K. R. Pelvic Organ Prolapse. **Am Fam Physician**, Kansas, v. 96, n. 3, p. 179-185, 2017.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JELOVSEK, J. E. *et al.* Effect of uterosacral ligament suspension vs sacrospinous ligament fixation with or without perioperative behavioral therapy for pelvic organ vaginal prolapse on surgical outcomes and prolapse symptoms at 5 years in the optimal randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 319, n. 15, p. 1554-1565, 2018.

JONES, K. A. *et al.* Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 202, n. 5, 501 p., 2010.

KAPOOR, S. *et al.* Sacrospinous hysteropexy: review and meta-analysis of outcomes. **Int Urogynecol J**, London, v. 28, 1285 p., 2017.

KORBLY, N. B. *et al.* Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 209, n. 1, 470 p., 2013.

LOWDER, J. L. *et al.* Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 204, n. 5, 441 p., 2011.

MAHER, C. *et al.* Surgery for women with apical vaginal prolapse. **Cochrane Database of Syst Rev**, Oxford, v. 10, CD012376, 140 p., 2016.

MAHER, C. *et al.* Surgical management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane Database of Syst Rev**, Oxford, v. 3, [136] p., 2007.

MERIWETHER, K. V. *et al.* Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 219, n. 2, p. 129-146, 1996.

MERIWETHER, K. V. *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**, London, v. 30, n. 4, p. 505-522, 2019.

MILANI, R.; FRIGERIO, M.; MANODORO, S. Transvaginal sacrospinous ligament fixation for posthysterectomy vaginal vault prolapse repair. **Int Urogynecol J**, London, v. 28, n. 7, p. 1103-1105, 2017.

NAGER, C. W. *et al.* Effect of sacrospinous hysteropexy with graft vs vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension on treatment failure in women with uterovaginal prolapse: 5-year results of a randomized clinical trial. **Am J Obstet Gynecol**, St. Louis, v. 225, n. 2, p. 153.e1-153.e31, 2021.

NIH - National Institute Of Health Service (National Cancer Institute). **Uterine Cancer—Health Professional Version**. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/uterine/hp>. Acesso em: 17 ago. 2021.

NICE – National Institute for Health. **NICE Guideline Suspected cancer: recognition and referral**. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 17 ago. 2021.

NICHOLS, D. H. **Gynecologic and Obstetric Surgery**. 1. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1993. 1000 p.

OLIVEIRA; S. A. *et al.* Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol J**, London, v. 28, n. 11, p. 1617-1630, 2017.

OLSEN, A. L. *et al.* Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. **Obstet Gynecol**, New York, v. 89, n. 4, p. 501-506, 1997.

PERSU, C. *et al.* Pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q): a new era in pelvic prolapse staging. **J Med Life**, Bucharest, v. 4, n. 1, p. 75-81, 2011.

PLAIR, A.; MATTHEWS, C. Native tissue sacrospinous hysteropexy from an anterior approach. **Int Urogynecol J**, London, v. 32, n. 6, p. 1591-1593, 2021.

PLAIR, A.; *et al.* Short-term outcomes of sacrospinous hysteropexy through an anterior approach. **Int Urogynecol J**. London, v. 32, n. 6, p. 1555-1563, 2021.

RIDGEWAY, B. M; CADISH, L. Hysteropexy: evidence and insights. **Clin Obstet Gynecol**, Hagerstown, v. 60, n. 2, p. 312-323, 2017.

SAPUTRA, A. N. D.; *et al.* The difference in collagen type-1 expression in women with and without pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol J**, London, v. 33, n. 7, p. 1803-1812, 2022

SCHULTEN; S. F. M. *et al.* 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**, London, v. 366, l5149, 2019.

SHKARUPA, D. *et al.* The resurrection of sacrospinous fixation: unilateral apical sling hysteropexy. **Int Urogynecol J**, London, v. 31, n. 2, p. 351-357, 2020.

STROHBEHN, K.; JAKARY, J. A.; DELANCEY, J. O. Prolapso de órgãos pélvico em mulheres jovens. **Obstet Gynecol**, New York, v. 90, n. 1, p. 33-6, 1997.

SURGICAL female urogenital anatomy. *In: UpToDate* [The Netherlands], 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/surgical-female-urogenital-anatomy?search=fascia%20pubocervical§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H26038234&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H26038234. Acesso em: 21 ago. 2022.

VIRTANEN, H. S.; MÄKINEN, J. I. Retrospective analysis of 711 patients operated on for pelvic relaxation in 1983-1989. **Int J Gynaecol Obstet**, New York, v. 42, n. 2, p. 109-15, 1993.

WALTERS, M. D.; KARRAM, M. M. **Uroginecologia e cirurgia reconstrutiva pélvica**. 4. ed. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2016. 674 p.

WEI, J. T.; DE LANCEY, J. O. L. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. **Clin Obstet Gynecol**, Baltimore, v. 47, n. 1, p. 3-17, 2004.

WIEGERSMA, M. *et al.* Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. **BMJ**, London, v. 349, g7378, 2014.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas duas décadas é crescente o número de estudos que exploram alternativas para correção do prolapso de órgãos pélvicos abordando técnicas cirúrgicas que não as usuais, como a histerectomia vaginal e a promontofixação por laparotomia. Isso se deve ao crescente interesse tanto médico quanto das pacientes por técnicas menos invasivas, e conseqüentemente, com melhores resultados tanto na correção da patologia, quanto na redução da morbidade cirúrgica.

As abordagens cirúrgicas por via vaginal também vêm sendo estudadas entre as técnicas minimamente invasivas, além das laparoscópicas. Entre as opções via vaginal a histeropexia vem se destacando. Tal técnica além de menor morbidade, proporciona a opção da preservação uterina, visto que a etiologia do prolapso não envolve patologia uterina e sim é conseqüente a fragilidade das estruturas do assoalho pélvico responsáveis pela suspensão e sustentação das vísceras pélvicas. Tendo isso em vista, a abordagem da histeropexia com fixação no LSE nos permite a correção da patologia através de estrutura não envolvida com a origem da doença, já que o mesmo não faz parte das estruturas de sustentação do assoalho o pélvico.

Os resultados encontrados em nossa amostra são compatíveis com muitos presentes na literatura, entretanto, trazem uma população em específico, tratada com HSE sem utilização de tela sintética através de apenas um cirurgião (proporcionando maior padronização da técnica e seu resultado). Enquanto, a maioria dos estudos apresenta uma variedade muito grande entre os tipos de cirurgia preservadoras do útero, assim como em muitos ainda com a utilização de tela.

Em nossos resultados o índice de recidiva não divergiu do que é descrito para outras técnicas amplamente utilizadas e consolidadas na correção dos prolapso uterinos de componente apical. Demonstrando a viabilidade da técnica utilizada. Embora, tenhamos identificado uma lacuna em nosso estudo no que diz respeito a avaliação do seguimento, tanto devido à perda de seguimento de muitas pacientes em nossa instituição a curto prazo (em especial pela adesão as consultas ambulatoriais no pós-operatório), quanto devido a impossibilidade de manter o acompanhamento a longo prazo (pela incapacidade da instituição, dentro do quadro de atendimentos 100% SUS, em manter um alto volume de atendimentos ambulatoriais acumulados com o seguimento de 5 anos).

Portanto, a HSE se demonstrou técnica eficaz em nossos resultados, todavia, não dispensando novos estudos mais robustos em tamanho e seguimento.

PERSPECTIVAS

Conforme a análise da literatura médica atual, juntamente as características da nossa amostra, conclui-se que técnicas de preservação uterina devam continuar sendo exaustivamente estudadas. Visto, primeiramente, a menor morbidade cirúrgica já demonstrada em estudos recentes, assim como resultado equivalente a técnicas frequentemente já utilizadas como histerectomia com culdoplastia.

Outro motivador ao estudo dos tratamentos do prolapso uterino é a crescente longevidade da população e, conseqüentemente, do número de procedimentos cirúrgicos para tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos. Portanto, tema relevante para a assistência médica da população feminina idosa.

Para melhores evidências científicas, estudos futuros devem objetivar amostras não só robustas, como também com seguimento a longo prazo (5 anos), além de uniformização das técnicas empregadas e estudadas.

ANEXOS

Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESULTADOS CIRÚRGICOS DA HISTEROPEXIA SACROESPINHOSA PARA TRATAMENTO DO PROLAPSO UTERINO SEM USO DE TELA: UMA COORTE HISTÓRICA

Pesquisador: ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24902619.9.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.718.673

Apresentação do Projeto:

RESUMO

Introdução: Prolapso genital feminino trata-se de patologia comum entre as mulheres, em especial as de maior faixa etária. Com o aumento da expectativa de vida tem se tornado ainda mais frequente e é motivo de muitos encaminhamentos para atendimento especializado em Ginecologia do Assoalho Pélvico. O tratamento comumente empregado para os prolapsos uterinos aborda a histerectomia vaginal associada a outras técnicas para a correção de prolapsos de parede anterior e posterior além do prolapso uterino. Entretanto, caracteriza-se por técnica invasiva, e com maior morbidade para paciente, visto a mudança que traz a toda estrutura anatômica e funcional do assoalho pélvico. Entretanto, existem técnicas menos invasivas, e com menor tempo cirúrgico que podem ser utilizados na correção do prolapso uterino. Tal como a Histeropexia Sacroenpinhosa que não apresenta índices de recidiva superiores de acordo com a literatura e pode ser utilizada sem o uso de tela (motivo de complicações pós-cirúrgicas) porém com poucas informações na literatura do seu desfecho no pós-operatório sem o emprego das mesmas.

Objetivos: Avaliar o número de recidivas ao longo do acompanhamento pós-operatório das pacientes com tratamento de prolapso uterino através da técnica de histeropexia sacroespinhosa sem uso de tela, assim como avaliar tempo de internação pós-operatória e complicações

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

Continuação do Parecer: 4.718.673

cirúrgicas.

Justificativa: Avaliar melhor o emprego de técnica cirúrgica menos invasiva para o tratamento do prolapso uterino.

Metodologia: Coorte histórica através da revisão de prontuários do Hospital Femina - Grupo Hospitalar Conceição, das pacientes submetidas a histeropexia sacroespinhosa para correção de prolapso uterino sem uso de tela entre os anos de 2015 e 2020 que mantiveram acompanhamento pós-operatório pelo período mínimo de 6 meses. Serão avaliados dados quanto ao perfil das pacientes, dias de internação, complicações pós-operatórias e recidivas. A análise será realizada através do programa SPSS versão 25.0, as comparações serão realizadas usando teste t para variáveis contínuas e teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Considerar-se-á como significativas apenas as diferenças que apresentarem $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

- Avaliar o número de recidivas no acompanhamento pós-operatório das pacientes com correção de prolapso uterino através de tratamento cirúrgico com histeropexia sacroespinhosa.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Descrever as características da população quanto idade, IMC e comorbidades;
- Analisar os estadiamentos de prolapso uterino apresentados pela população;
- Descrever as intercorrências trans-operatórias ocorridas (perda sanguínea com repercussão hemodinâmica, lesão vesical, lesão intestinal);
- Avaliar o tempo de internação pós-operatória;
- Avaliar o número de infecções de ferida operatória;
- Avaliar a taxa de reinternações pós-operatórias;
- Observar a ocorrência de outras complicações pós-operatórias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por tratar-se de estudo retrospectivo as pacientes não serão expostas a novos riscos quanto tratamento médico, seja clínico ou cirúrgico. No entanto, pelo uso de suas informações pessoais o risco exposto ao sigilo médico é preservado através da não identificação de quaisquer pacientes

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.718.673

através do seu nome, registro de prontuário ou dado pessoal que possa identifica-la pessoalmente, preservando a identidade das mesmas conforme explicitado no item Aspectos Éticos desse projeto. Visa-se por consequência do estudo, expandir e difundir entre a comunidade médica mundial o conhecimento médico acerca de técnica cirúrgica com preservação uterina (diferentemente das técnicas usualmente empregadas) e seus resultados, a fim de que a mesma possa ser adotada com mais frequência para o tratamento das pacientes com prolapso uterino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa teve parecer de pendente emitido pelo CEP-GHC em 12/2019 e só foi enviado resposta em 05/2021.

Pesquisadores apresentam carta resposta conforme segue:

"Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações do Parecer

Pendências:

- Colocar risco mínimo de quebra de sigilo (Ver Resolução 466/12);
- Objetivo do estudo está com redação diferente no resumo e corpo do projeto;
- Colocar os verbos de ação nos objetivos específicos;
- Critérios de inclusão "Serão incluídas no grupo de pacientes todas as pacientes que realizaram histeropexia sacroespinhosa no Hospital Fêmeina para correção de prolapso genital com componente apical, de estagio 2 ou maior, entre os anos de 2015 e 2018" - porém a pesquisa trata-se de pacientes com uso de tela - não seriam incluídas no estudo apenas as que realizaram a cirurgia sem o uso de tela?? - gera dúvidas pois no objetivo do estudo está se referindo a tratamento cirúrgico sem uso de tela - favor esclarecer e/ou corrigir a redação do texto.
- Se o critério de inclusão for todas as pacientes que realizaram cirurgias - independente do uso de tela ou não - não há no instrumento um item que identifique se a paciente usou tela ou não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vide conclusões ou pendência e lista de inadequações. - Projeto

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.718.673

pendente. Acessar parecer consubstanciado, campo "Gestão da Pesquisa", link "detalhar"

Resposta as Pendências

- Foi adicionado ao corpo do texto a ciência quanto ao risco mínimo de quebra de sigilo, assim como os esforços a serem tomados pelos pesquisadores para evitar tal risco;
- Realizou-se o alinhamento entre os objetivos descritos no resumo e no corpo do projeto;
- Foram adicionados os verbos de ação nos objetivos específicos;
- Modificou-se a redação dos critérios de inclusão a fim de esclarecer que serão incluídas apenas as pacientes que realizaram o tratamento sem o uso de tela (conforme referido no objetivo do estudo);
- Não foi incluído no instrumento um item que identifique uso ou não de tela pois serão incluídas apenas pacientes sem uso de tela (vale ressaltar que no Hospital Femina, tal técnica cirúrgica é executada apenas sem o uso de tela).

Outras observações/alterações:

Também foi modificada a amostra, expandindo para as pacientes que realizaram o tratamento entre os anos de 2015 a 2020 (anteriormente no projeto constava 2015 a 2018). Além da modificação no critério de exclusão para pacientes que mantiveram menos de 6 meses de acompanhamento pósoperatório (antes 12 meses) e do ajuste no cronograma.

Todas as modificações foram grifadas no texto com realce em amarelo.*

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2805 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

HOSPITAL NOSSA SENHORA
DA CONCEIÇÃO - GRUPO
HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Continuação do Parecer: 4.718.673

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1462598.pdf	12/05/2021 14:33:33		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	12/05/2021 14:32:53	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	12/05/2021 14:32:23	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_entrega_de_relatorio.pdf	10/05/2021 23:26:02	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Relacao_de_integrantes_da_pesquisa.pdf	10/05/2021 23:25:28	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia_do_responsavel_pelo_servico.pdf	10/05/2021 23:24:41	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/11/2019 12:34:23	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Heleodoro_Correa_Pinto.pdf	31/10/2019 02:10:46	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Mirela_Foresti_Jimenez.pdf	31/10/2019 02:10:21	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Ana_Selma_Bertelli_Picoloto.pdf	31/10/2019 02:09:38	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Romullo_de_Oliveira_Pires.pdf	31/10/2019 02:08:57	ROMULLO DE OLIVEIRA PIRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Maio de 2021

Assinado por:

**Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador(a))**

Endereço: Francisco Trein, 326 - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC

Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3357-2805

E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

Comprovante de submissão do artigo à revista

International Urogynecology Journal
SURGICAL RESULTS OF SACROSPINOUS HYSTEROPEXY FOR TREATMENT OF
UTERINE PROLAPSE WITHOUT MESH: A HISTORICAL COURT STUDY
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	IUJO-D-22-00691
Full Title:	SURGICAL RESULTS OF SACROSPINOUS HYSTEROPEXY FOR TREATMENT OF UTERINE PROLAPSE WITHOUT MESH: A HISTORICAL COURT STUDY
Article Type:	Original Article
Corresponding Author:	Rômulo de Oliveira Pires Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina Porto Alegre, Rio Grande do Sul BRAZIL
Corresponding Author Secondary Information:	
Corresponding Author's Institution:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina
Corresponding Author's Secondary Institution:	
First Author:	Rômulo de Oliveira Pires
First Author Secondary Information:	
Order of Authors:	Rômulo de Oliveira Pires Heleodoro Correa Pinto Ana Selma Bertelli Picoloto, DSc Mirela Foresti Jiménez, DSc
Order of Authors Secondary Information:	
Funding Information:	
Abstract:	<p>Introduction and Hypothesis : Sacrospinous hysteropexy (SSH) is a less invasive technique (extraperitoneal), with shorter surgical time that can be used for the correction of uterine prolapse with uterine preservation, less anatomical and functional alteration of the pelvic floor and, apparently, without higher recurrence rates. However, the literature lacks more information about this technique without the use of synthetic mesh. In this article we try to evaluate recurrence of apical prolapse in patients treated with SSH without the use of synthetic mesh.</p> <p>Methods: Retrospective cohort of patients submitted to SSH for correction of apical uterine prolapse between 2015 and 2020 at Hospital Fêmnia - Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS - Brazil.</p> <p>Results: We analyzed 122 women, with a mean age of 66.8 years (SD 7.5 years), and mean follow-up time of 16.1 months (SD 7.4 months). Apical prolapse recurrence occurred in 7 (5.6%) patients. Recurrence was significantly higher ($p0.018$) in patients with stage 4 (recurrence: n6; 15%) when compared to the other patients (stage 2 and 3 grouped – recurrence: n1; 1.22%). The estimated recurrence-free survival time at Kaplan-Meier curve was 51.6 months (CI 95% – 40.3 to 62.8 months) after surgery.</p> <p>Conclusions: Mesh-free SSH is an effective treatment for the correction of uterine prolapse with low rates of complications. Although there is a lack of data on long-term follow-up (>3 years), short-term follow-up presented optimistic outcomes for the use of the technique.</p>
Suggested Reviewers:	

EXAME FÍSICO		
Estadiamento:		
Prolapso apical	1 (<u> </u>) 2 (<u> </u>) 3 (<u> </u>) 4 (<u> </u>)	
Prolapso anterior	1 (<u> </u>) 2 (<u> </u>) 3 (<u> </u>) 4 (<u> </u>)	
Prolapso posterior	1 (<u> </u>) 2 (<u> </u>) 3 (<u> </u>) 4 (<u> </u>)	

Presença de hipertrofia de colo	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>)	
Presença de rotura de corpo perineal	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>)	
Presença de atrofia genital	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>)	
Perda urinária à valsalva	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>)	
Cirurgia realizada → <u>Histeropexia Sacroespinhosa associada à:</u> Nenhuma outra (<u> </u>) CPA (<u> </u>) CPP (<u> </u>) CPAP (<u> </u>) <u>Sling TOT</u> (<u> </u>) <u>Sling retropúbico</u> (<u> </u>) Outra (<u> </u>) Qual(is): _____ .			
Data da cirurgia (dd/mm/aaaa): <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> .			
<u>Complicação trans-operatória</u>	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>) Qual(is): _____ _____.	
<u>Complicação pós-operatória</u>	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>) Qual(is): _____ _____.	
Acompanhamento ambulatorial até (dd/mm/aaaa): <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> .			
Recidiva:	Não (<u> </u>)	Sim (<u> </u>) Qual re-tratamento: _____.	