



# Consenso Nacional sobre Uroginecologia 2021

Secção Portuguesa de Uroginecologia

2ª edição



## **PARTICIPANTES:**

Adalgisa Guerra, Alexandra Henriques, Amália Martins, Ana Bello, Ana Luísa Ribeiro, Ana Paula Pereira, Ana Tropa, Anabela Branco, António Santiago, Bercina Candoso, Cátia Abreu, Elsa Calado, Filomena Ramos, Francisco Falcão, Guida Gomes, Inês Pereira, Isabel Duarte, Isabel Ferreira, Isabel Grilo, Joana Almeida, Joana Gomes, João Colaço, José Damasceno, Liana Negrão, Marília Teixeira, Maria Geraldina Castro, Maria José Bernardo, Marta Fernandes, Njila Amaral, Patrícia Amaral, Paula Nogueira, Pedro Cabrita, Sofia Alegre, Raquel Reis, Rita Lerman, Rita Torres, Rui Viana, Teresa Mascarenhas, Yida Fan.

# Consenso Nacional sobre **Uroginecologia** 2021

Secção Portuguesa de Uroginecologia

2ª edição



**EDIÇÃO: S.P.U.G. – SECÇÃO PORTUGUESA DE UROGINECOLOGIA**

**COORDENAÇÃO:** Bercina Candoso, Sofia Alegria e Maria Geraldina Castro

**PAGINAÇÃO E IMPRESSÃO:** inPrintout | produção gráfica

**IMAGEM DE CAPA:** adaptação de uma imagem do pinterest

**DEPÓSITO LEGAL:** 480833/21

# PREFÁCIO DA 1ª EDIÇÃO

Por nosso desígnio, actual e anteriores Direcções da Secção Portuguesa de Uroginecologia, e com o apoio da Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, propusemo-nos emitir um documento que ajude a promover a formação e as boas práticas na área da Uroginecologia.

Esta subespecialidade tem sofrido nos últimos 20 anos avanços consideráveis tanto no que diz respeito à compreensão da etiopatogenia como no diagnóstico e tratamento da Incontinência Urinária (IU) e do Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP). O tratamento cirúrgico do POP tem sofrido nos últimos 13 anos, uma constante mudança, com avanços e retrocessos sobre a melhor forma de abordagem desta patologia. O conhecimento que tem vindo a ser adquirido permite-nos actualmente orientar o estudo destas mulheres, com vista à optimização do sucesso terapêutico e planificação do melhor tratamento de forma individualizada para cada doente.

Os consensos que desenvolvemos estão baseados nas mais recentes evidências publicadas na literatura a nível mundial.

Foi nossa pretensão, desenvolver da forma o mais didáctica possível os vários aspectos que trataremos neste livro. Assim para a IU e também para o POP é importante começar pela clara definição e dados epidemiológicos, passando posteriormente à clínica e diagnóstico, com esclarecimento de quais as indicações e utilidade dos exames complementares disponíveis com destaque para a informação específica que cada um nos pode fornecer. Finalmente, para ambas as patologias, definir orientações terapêuticas, com os níveis de evidência existentes à luz da Uroginecologia actual.

São ainda desenvolvidos capítulos sobre complicações cirúrgicas e resolução das mesmas e sobre o necessário Consentimento Informado, num

modelo que ajude a promover a comunicação entre médico e doente, diminuindo assim as hipóteses de litígio.

Trata-se, assim, de um documento que tem como finalidade contribuir para o esclarecimento de todos os ginecologistas, que se dediquem a esta área de sub especialização, sobre a melhor forma de abordar estas patologias, com imensas variáveis a ponderar e múltiplas soluções médicas e cirúrgicas, de acordo com o conhecimento actual e segundo as *leges artis*.

A experiência e ponderação de cada médico será sempre seguramente a mais valia a considerar para a tomada de decisões no estudo e tratamento destas patologias. Este documento apenas pretende ser mais um auxílio na nossa prática clínica.

*Amália Martins – Presidente da SPUG*

*Bercina Candoso*

*Liana Negrão*

*Sofia Alegria*

# PREFÁCIO DA 2ª EDIÇÃO

Em tempos memoráveis e inomináveis continuamos a acreditar que ajudar a formar, acompanhando em todas as vertentes as últimas evidências e recomendações, na área da Uroginecologia, é fundamental para alcançarmos sucesso na missão que nos define:

providenciar uma prestação de cuidados de excelência às mulheres com disfunção do pavimento pélvico.

O principal objectivo desta secção, como da própria SPG, é a melhoria da qualidade de vida em todas as fases da vida da mulher. Estes Consensos com alguns aditamentos correções e actualizações, serão mais uma ferramenta de ajuda, na persecução da nossa missão e objectivo.

Revisão de 2021 – Corpos Directivos da SPUG

*Bercina Candoso – Presidente da SPUG*

*Sofia Alegria*

*Maria Geraldina Castro*

**Nota:** Este livro de consensos foi escrito de acordo com a antiga ortografia



# ÍNDICE

<b>I INCONTINÊNCIA URINÁRIA</b>	11
<b>1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	11
<b>2 – DEFINIÇÕES</b>	16
<b>3 – CLÍNICA E DIAGNÓSTICO</b>	18
3.A – História Clínica e Exame Físico	18
3.B – Exames Complementares de Diagnóstico	29
3.B.1 – Análise de urina	29
3.B.2 – Diário miccional	30
3.B.3 – <i>PAD test</i>	31
3.B.4 – Inquéritos de Qualidade de Vida	33
3.B.5 – Estudos Urodinâmicos	35
3.B.6 – Ecografia	45
3.B.7 – Cistoscopia	50
<b>4 – TRATAMENTO CONSERVADOR</b>	58
<b>5 – TRATAMENTO MÉDICO</b>	74
<b>6 – TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>	87
<b>II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS</b>	103
<b>1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	103
<b>2 – DEFINIÇÕES</b>	105
<b>3 – CLÍNICA E DIAGNÓSTICO</b>	107
3.A – História Clínica e Exame Físico	107
3.B – Classificação	108
3.C – Exames Complementares de Diagnóstico	114
3.C.1 – Análise de urina	114

## ÍNDICE

3.C.2 – Inquéritos de Qualidade de Vida	115
3.C.3 – Estudos Urodinâmicos	117
3.C.4 – Ecografia do Pavimento Pélvico no estudo do Prolapso Urogenital	119
3.C.5 – Ressonância Magnética	126
4 – TRATAMENTO CONSERVADOR	135
5 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)	149
III DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE <i>SLINGS</i> / REDES NO TRATAMENTO DA IUE E POP	171
IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO	185
1 – COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE IU COM <i>SLINGS</i> SUBURETRAIS E SUA RESOLUÇÃO	185
2 – COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE POP E SUA RESOLUÇÃO	193
V CONSENTIMENTO INFORMADO	209
1 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM <i>SLING</i> SUB URETRAL	209
2 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORRECÇÃO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS	213
ANEXOS	
ANEXO 1 – DIÁRIO MICCIONAL	219
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIOS DE SINTOMAS	220
ANEXO 3 – KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (validado para português)	226
ANEXO 4 – PROLAPSE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (P-QoL) (validado para português)	228

## ABREVIATURAS

- IU** – Incontinência Urinária  
**IUE** – Incontinência Urinária de Esforço  
**IUU** – Incontinência Urinária de Urgência  
**IUM** – Incontinência Urinária Mista  
**AVC** – Acidente Vascular Cerebral  
**ITU** – Infecção do Tracto Urinário  
**ICS** – International Continence Society  
**IUGA** – International Urogynecology Association  
**BH** – Bexiga Hiperactiva  
**ICIQ SF** – International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form  
**UDI-6 SF** – Urinary Distress Inventory – Short Form  
**IIQ-7** – Impact Urinary Questionnaire  
**ICIQ-OAB SF** – International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder – Short Form  
**KHQ** – King’s Health Questionnaire  
**PISQ-12** – Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire  
**I-QoL** – Incontinence Specific Quality of Life Instrument  
**POP** – Prolapso dos Órgãos Pélvicos  
**POP – Q** – Pelvic Organ Prolapse Quantification System  
**HU** – Hipermobilidade Uretral  
**RPM** – Resíduo Pós-miccional  
**EAU** – European Association of Urology  
**ACOG** – American College of Obstetricians and Gynecologists  
**AUA** – American Urological Association  
**NICE** – National Institute for Health and Care Excellence  
**EUD** – Estudos Urodinâmicos  
**ICUD** – International Consultation on Urological Diseases  
**LUTS** – Sintomas do Tracto Urinário Inferior (Low Urinary Tract Symptoms)  
**ICS – SUT** – ICS Standard Urodynamic  
**Q max** – Fluxo máximo  
**Pves** – Pressão intravesical  
**Pabd** – Pressão intra-abdominal  
**Pdet** – Pressão do detrusor  
**ALPP** – Abdominal Leak Point Pressure  
**ICS – SUP** – ICS Supplementary Urodynamic  
**EMG** – Electromiografia  
**UPP** – Perfil de Pressões Uretrais  
**Pura** – Pressão Uretral Máxima  
**MUCP** – Maximum Urethral Closure Pressure  
**OAB-S** – Overactive Bladder Syndrome  
**PFMT** – Pelvic Floor Muscle Training  
**BFB** – Biofeedback  
**EA** – Elevadores do ânus  
**EE** – Estimulação eléctrica  
**SNC** – Sistema Nervoso Central

## ABREVIATURAS

**PTNS** – Percutaneous Tibial Nerve Stimulation

**EME** – Estimulação Magnética Extracorporal

**RM** – Ressonância Magnética

**ACT®** – Dispositivo de terapia de compressão ajustável

**POP-Q** – Pelvic Organ Prolapse Quantification System

**TVT** – Tension free Vaginal Tape

**FDA** – Food and Drug Administration

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**RFA** – Radiofrequência

**LASER** – Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation

**Yag** – Yttrium Aluminium Garnet

**SIMS** – Posição de decúbito lateral

**cm** – Centímetros

**ml** – Mililitros

**CTV** – Comprimento Total da Vagina

**HG** – Hiato Genital

**CP** – Corpo Perineal

**P-QoL** – Prolapse Quality of Life Questionnaire

**TUI** – Tomographic Ultrasound Imaging

**ESGAR** – European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology

**ESUR** – European Society of Urogenital Radiology

**PCL** – Linha Pubococcígea

**JAR** – Junção Anorectal

**ERC** – Estudos Randomizados e Controlados

**QoL** – Quality of Life

**PP** – Pavimento Pélvico

**CA** – Compartimento Anterior

**CI** – Intervalo de confiança

**CP** – Compartimento Posterior

**Ca** – Carcinoma

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**EV** – Endovenosa

**PO** – per os

**MRSA** – Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus

**MSSA** – Methicillin Sensitive Staphylococcus Aureus

# INCONTINÊNCIA URINÁRIA

## 1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estima-se que cerca de 50% da população feminina adulta sofra de incontinência urinária (IU), mas apenas 25 a 61% procura tratamento. A vergonha, a falta de conhecimento sobre as opções de tratamento ou o medo da cirurgia podem ser responsáveis por esta ausência de procura de ajuda.

A IU não está associada a um aumento da mortalidade, mas tem um profundo impacto no bem-estar e na qualidade de vida. Nestas mulheres estão muitas vezes presentes a depressão, a ansiedade, as dificuldades laborais e o isolamento social. A incontinência coital, (que pode afectar até 1/3 de todas as doentes) e o medo de incontinência durante a actividade sexual podem contribuir para uma disfunção sexual. Associam-se ainda outras morbilidades, como infecções perineais, perturbação do sono, quedas e fracturas na população mais idosa (na incontinência de urgência, as quedas são 1,5 a 2,3 vezes mais frequentes do que na população sem incontinência).

A IU está ainda associada a custos económicos de grandes proporções para o Sistema Nacional de Saúde e para a própria paciente.

### Prevalência

A prevalência da IU não está bem estabelecida, variando de acordo com a definição utilizada, a população e os instrumentos usados para avaliar a sua gravidade.

De um modo geral, a prevalência da IU em mulheres com idade superior a 20 anos, não grávidas, varia entre 25 e 45%. Embora se registe esta variabilidade nos diversos estudos, a distribuição dos subtipos de IU é consistente. A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) tem uma prevalência de 10 a 39%. A incontinência urinária mista (IUM) é a segunda mais comum, entre 7,5 e 25%. A incontinência urinária de urgência (IUU) isolada é a menos frequente, entre 1 a 7%. As restantes causas de incontinência quando reportadas têm uma prevalência estimada de 0,5 a 1%.

### Incidência e Remissão

Apesar da variabilidade nos estudos a incidência anual de IU para "qualquer perda" ou perda mensal está descrita entre 0,9 e 18,8%. Relativamente à remissão da IU, muito poucos estudos abordam esta questão, variando as estimativas entre 1,2 e 42 %.

### Factores de Risco

> **Idade** – Tanto a prevalência como a gravidade da IU aumentam com a idade. Em alguns estudos com mulheres não grávidas, cerca de 3% de mulheres com idade inferior a 35 anos sofriam de IU, 7% entre os 55 e os 64 anos e acima dos 65 anos aumentava para 38%. Vários estudos demonstram um pico na prevalência de IU na menopausa. No entanto alguns estudos com avaliação de outras comorbidades concluíram que a idade não é factor de risco independente para IU.

> **Obesidade** – É o factor de risco mais claramente associado a IU. Mulheres obesas têm um risco 3 vezes superior de IU quando comparadas com mulheres não obesas. A redução ponderal foi associada com a melhoria e a resolução da IU, em especial da incontinência de esforço. Alguns estudos reportaram uma redução de 50% na IUE nas mulheres com perda ponderal após cirurgia bariátrica.

> **Paridade, Gravidez e Via de parto** – O aumento do número de partos é factor de risco para IU e prolapso dos órgãos pélvicos (POP). No entanto está descrita IU em nulíparas, podendo atingir uma prevalência de 32% entre os 55 e os 64 anos. Quando comparadas com mulheres submetidas a cesariana, mulheres com parto vaginal têm maior risco de IUE. Mulheres cuja via de parto foi exclusivamente por cesariana têm uma prevalência de IU idêntica a nulíparas, quando ajustada à idade. A gravidez também predispõe para IU, havendo um aumento da prevalência da IU ao longo dos diferentes trimestres. Está comprovada a associação do uso de fórceps à IUE. Outros factores de risco obstétricos foram sugeridos, como a indução do trabalho de parto, a analgesia epidural e a episiotomia, mas os dados existentes não mostraram vantagem na modificação de condutas obstétricas. A idade materna no primeiro parto e o peso do recém-nascido também foram implicados como factores de risco obstétrico para IU, embora não modificáveis.

> **Terapêutica Hormonal da Pós-menopausa** – A TH sistêmica parece não ter qualquer benefício na melhoria da IU, havendo mesmo alguns estudos que demonstram um aumento da incidência da IU com o seu uso. Por outro lado, a terapêutica local com estrogênios está associada à diminuição de sintomas de bexiga hiperativa como a frequência miccional e a urgência.

> **Histerectomia** – A histerectomia, independentemente da via de abordagem, parece estar relacionada com o aparecimento de sintomas de IU e com a necessidade posterior de cirurgia de IUE (risco de 2,1). A perda de suporte do pavimento pélvico na altura da cirurgia pode ser o mecanismo implicado.

> **Nível Socioeconómico** – O nível socioeconómico está fortemente relacionado com outros factores associados a IU como a paridade, a diabetes, o índice de massa corporal, a depressão e o tabaco. Mulheres com um nível socioeconómico mais elevado procuram com mais frequência ajuda por IU, sendo a prevalência de IU descrita neste grupo superior à da restante população.

> **Exercício Físico** – Actividades de grande impacto, como correr ou saltar estão implicadas na IUE. Alguns estudos sugerem que exercício de baixo impacto possa ser protector relativamente à IU.

> **Comorbilidades** – A diabetes, o AVC, a depressão, a incontinência fecal e a radioterapia também foram associadas a risco acrescido para IU. Outros factores de risco adicionais para IUU incluem estado funcional comprometido (ex. dificuldade na marcha), infecções urinárias (ITU) recorrentes e sintomas urinários na infância, incluindo enurese. A IU é também comum em doentes com défice cognitivo / demência, com uma prevalência entre 10 e 38%.

> **Etnia** – A prevalência de IU em mulheres de acordo com a etnia tem sido muito variável, sendo que vários estudos não comprovam qualquer diferença nas várias etnias. Factores culturais e ambientais poderão justificar melhor estas diferenças.

### Bibliografia

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-178.

Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence 2017.6th International Continence Society. *ICUDS-ICS* 2016;17-35.

Al-Mukhtar Othman J, Åkervall S, Milsom I, Gyhagen M. Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:149-e1-149e11

Barber MD, Visco AG, Wyman JF et al. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99:281-289.

Brown JS, McGhan WF, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2000;6:S574-579.

Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:721-725.

Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int* 2008; 101:1388-1395.

Ebbesen ME, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urology* 2013;13:27.

Gibson W, Hunter KF, Camicioli R et al. The association between lower urinary tract symptoms and falls: Forming a theoretical model for a research agenda. *Neurourol Urodyn* 2018;37:501-509.

Gray T, Li W, Campbell P et al. Evaluation of coital incontinence by electronic questionnaire: prevalence, associations and outcomes in women attending a urogynaecology clinic. *Int Urogynecol J* 2017;Jun 15.do: 10.1007/s00192-017-3380-x.

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-1157.

Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Scand J Prim Health Care* 2002;20:102-107.

Harris SS, Link CL, Tennstedt SL et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007;177:680-684.

Legendre G, Ringa V, Panjo H et al. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: a cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 2015; 22:816-824.

Lifford KL, Townsend MK, Curhan GC et al. The epidemiology of urinary incontinence in older women: incidence, progression, and remission. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1191-1198.

Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006;107:1253-1260.

Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, et al. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2012;23:1087-1093.

Munaganuru N, Van Den Eeden SK, Creasman J, et al. Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(4):439.e1-439.e8.

O'Halloran T, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR. Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis. *Ann Intern Med* 2012;157:87-93.

Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol* 2001;98:1004-1010.

Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Urol* 2009;182(6):S2-S7.

Subak LL, Wing R, West DS et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009;360:481-490.

### 2 – DEFINIÇÕES

O termo incontinência urinária definido pela *International Continence Society* (ICS), refere-se à perda involuntária de urina. Como sintoma, a IU pode ser descrita voluntariamente pela paciente, relatada pelo seu cuidador ou questionada activamente pelo clínico.

De acordo com a terminologia estabelecida e *padronizada* pela ICS e pela *International Urogynecological Association* (IUGA), a IU é categorizada nos seguintes subtipos, conforme as circunstâncias em que ocorre:

- > IU de esforço – perda involuntária de urina com o esforço físico (como tosse, espirro e prática de actividade desportiva);
- > IU de urgência – perda involuntária de urina associada a urgência miccional;
- > IU mista – associação de queixas de IU de esforço e de urgência;
- > IU postural – perda involuntária de urina com a mudança de posição corporal;
- > IU associada à retenção crónica de urina (designada anteriormente de IU por extravasamento) – perda involuntária de urina associada ao esvaziamento vesical incompleto, indicado por um resíduo pós-miccional elevado ou pela presença de uma bexiga indolor palpável ou percutível após a micção;
- > Enurese – perda involuntária de urina que ocorre durante o sono;
- > IU contínua – perda involuntária de urina contínua;
- > IU insensível – perda involuntária de urina sem que o indivíduo saiba como esta ocorre;
- > IU coital – perda involuntária de urina durante o coito (na penetração ou no orgasmo);
- > IU funcional – perda involuntária de urina resultante da impossibilidade de chegar a tempo à casa de banho, por défice cognitivo, funcional ou de mobilidade, apesar da integridade do tracto urinário inferior;

- > IU multi-factorial – perda involuntária de urina provocada pela interação de múltiplos factores de risco, como comorbilidades, medicação, alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento e a factores ambientais.

A IU pode existir isoladamente ou associar-se a outros sintomas do tracto urinário inferior. Frequentemente são referidos sintomas de armazenamento / enchimento vesical em doentes com IU, tais como:

- > Frequência miccional diurna aumentada – aumento do número de micções nas horas em que o doente se encontra acordado; tradicionalmente, uma frequência diurna superior a 8 é considerada anormal, ainda que este limiar possa ser mais elevado em algumas populações;
- > Noctúria – despertar para urinar durante o período principal de sono;
- > Urgência – vontade súbita e imperiosa de urinar, difícil de adiar;
- > Síndrome de bexiga hiperactiva (BH) – urgência miccional, frequentemente acompanhada por frequência miccional aumentada e noctúria, com ou sem IU de urgência, na ausência de infecção do tracto urinário ou de outra patologia.

### Bibliografia

Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-178.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM et al. An international urogynecological association (IUGA)/International continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4-20.

Fitzgerald MP. Variability of 24-hour voiding diary variables amongst asymptomatic women. *J Urol* 2003;169:207-209.

Hashim H, Blanker M, et al. An International Continence Society Report on the Terminology for Nocturia and Nocturnal Lower Urinary Tract Function. Manuscript in Preparation.

### 3 – CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

#### 3.A – História Clínica e Exame Físico

A avaliação inicial tem como principais objectivos a classificação da IU e a identificação de situações reversíveis ou associadas a causas sistémicas como a disfunção neurológica, tumores ou outras patologias do tracto urinário.

Deverão considerar-se como situações de IU complicada as seguintes:

- > IU recorrente após intervenção cirúrgica prévia;
- > Presença de POP concomitante  $\geq$  grau 2;
- > Sintomas de dor e/ou hematúria;
- > ITU de repetição;
- > Sintomas predominantes de esvaziamento;
- > História prévia de irradiação pélvica ou cirurgia pélvica radical;
- > Suspeita de fístula vesico-vaginal.

Entre as principais situações de IU reversível ou transitória contam-se:

- > ITU sintomática;
- > Síndrome geniturinária da menopausa;
- > Uso de fármacos (diuréticos, opiáceos, agonistas alfa-adrenergénicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos);
- > Alterações do estado psicológico (depressão *major*, distúrbios de ansiedade);
- > Aumento excessivo da excreção (ex. insuficiência cardíaca, diabetes, polidipsia);
- > Mobilidade condicionada;
- > Obstipação grave.

## História Clínica

O objectivo da história clínica é caracterizar a IU, procurando esclarecer os sintomas presentes, a sua gravidade, duração, evolução e grau de interferência na qualidade de vida.

Os sintomas urinários mais relevantes são habitualmente agrupados em quadros de disfunção miccional específicos (Tabela 1).

SINTOMAS DE ARMAZENAMENTO	SINTOMAS DE ESVAZIAMENTO
Frequência aumentada	Jacto urinário fraco
Noctúria	Jacto urinário intermitente
Urgência	Tenesmo
Perda involuntária (de esforço, urgência, mista ou contínua)	Gotejamento pós-miccional
Sensação de plenitude vesical (aumentada, reduzida ou ausente)	Sensação de esvaziamento incompleto
Enurese	Dificuldade em iniciar a micção

**Tabela 1** – Sintomas urinários frequentes associados a síndromes de disfunção miccional

Para além de avaliar os sintomas urinários directamente relacionados com a fisiologia da micção, devemos adicionalmente pesquisar outro tipo de sintomas, cuja presença pode ser relevante para o enquadramento clínico. São exemplos destes:

- > Sintomas de distopia genital (sensação de massa vulvar, peso pélvico, necessidade de redução de massa vulvar para urinar e/ou defecar);
- > Sintomas de disfunção sexual (dispareunia, secura vaginal, perda involuntária de urina associada ao coito vaginal e/ou orgasmo);
- > Sintomas defecatórios (obstipação, tenesmo, obstrução);
- > Dor génito-urinária – vesical (supra-púbica ou retropúbica, habitualmente agravada durante a fase de armazenamento), uretral (habitualmente associada ao esvaziamento), vulvar, vaginal e/ou perineal, que pode relacionar-se com a presença de inflamação / infecção ou massas

anómalas, ou resultar de fenómenos de envelhecimento celular conhecidos como síndrome génitourinária da menopausa.

A história clínica deverá ser orientada de modo a que a doente responda, de forma directa ou indirecta, às seguintes questões:

"Perde urina quando tosse, espirra, corre, salta ou levanta pesos?"

"É frequente sentir uma vontade incontrolável de urinar?"

"Habitualmente consegue controlar a vontade de ir à casa de banho?"

"Em média, quantas vezes urina durante o dia? E durante a noite?"

"Habitualmente, quantas vezes acorda durante a noite para urinar?"

"Quando urina, sente que conseguiu esvaziar completamente a bexiga?"

"Quando urina, o jacto urinário é normal?"

"Com que frequência tem um episódio de incontinência urinária?"

"Quantos pensos absorventes poderá ter que utilizar por dia?"

Apesar da avaliação de sintomas ser classicamente realizada através da entrevista clínica com perguntas dirigidas, estão actualmente disponíveis outras ferramentas que podem ser de grande utilidade na avaliação sistemática de sintomas, como é o caso dos vários inquéritos e questionários. Estas ferramentas são úteis por serem reprodutíveis, não invasivas, de baixo custo, fáceis e de rápida aplicação, permitindo ainda a quantificação dos sintomas.

A Tabela 2 mostra alguns exemplos de questionários / inquéritos desenvolvidos para avaliação de sintomas e qualidade de vida na IU que se encontram já traduzidos e validados para a língua portuguesa.

QUESTIONÁRIO		REFERÊNCIA
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (Anexo 2)	Tamanini José Tadeu et al. Rev Saúde Pública 2004;38(3):438-444
UDI-6	Urogenital Distress Inventory (Anexo 2)	Steviano Livia Palma et al. Arq Neuropsiquiatr 2015;73(1):46-51
IIQ-7	Impact Urinary Incontinence	Steviano Livia Palma et al. Arq Neuropsiquiatr 2015;73(1):46-51
OABq-SF	Overactive Bladder questionnaire – Short Form (Anexo 2)	Moraes RP et al. Int Braz J Urol 2017;43 ( <i>epub ahead of print</i> )
KHQ	King’s Health Questionnaire (Anexo 3)	Viana R et al. Int Urogynecol J 2015;26(7):1027-1033
PISQ – 12	Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire	Santana GW et al. Int Urogynecol J 2012;23(1):117-121
I-QoL	Incontinence Specific Quality of Life Instrument	Souza Carolin, et al. Int Urogynecol J 2009;20:1183-1189

**Tabela 2** – Questionários de sintomas e qualidade de vida na incontinência urinária

A história clínica deverá permitir classificar a IU num dos três principais tipos: de esforço, de urgência ou mista, com base na sintomatologia típica (Tabela 3). O correcto diagnóstico é fundamental para a escolha da avaliação complementar e orientação terapêutica.

	IU ESFORÇO (IUE)	IU URGÊNCIA (IUU)
<b>Factores desencadeantes</b>	Esforço, de acordo com os graus: I – tosse, riso, espirro II – marcha, cargas, desporto III – mínimo esforço, mudança de posição	Espontânea Por vezes: mudanças de posição, percepção de água a correr, “chave à porta”, actividade sexual, orgasmo
<b>Forma de aparecimento</b>	Posição ortostática Inesperadamente (ausência de imperiosidade)	Variável Sensação de urgência miccional intensa e dolorosa
<b>Tipo</b>	Jacto breve e pouco abundante Sincronia com o esforço	Perda abundante

>

>

	IU ESFORÇO (IUE)	IU URGÊNCIA (IUU)
Frequência miccional	Normal	Polaquiúria (frequência diurna >8x ou intervalo <2h) Noctúria (frequência nocturna ≥1x) Enurese
Percepção pela doente	Tentativa de inibição contraindo as coxas	Perda percebida sem inibição possível
Dor associada	Ausente	Pode estar presente

Tabela 3 – Classificação do tipo de IU com base na história clínica.

### Exame Físico

As doentes com sintomas atípicos, diagnóstico ambíguo ou não respondedoras às estratégias de intervenção inicial, são as que mais beneficiam de um exame objectivo cuidado e detalhado.

Com o exame físico pretende-se identificar e/ou excluir factores que possam contribuir para a incontinência urinária *per si* e ter alguma interferência no seu tratamento. Um divertículo da uretra pode condicionar a presença de gotejamento pós-miccional, sendo por vezes confundido com incontinência, tal como a presença de corrimento vaginal.

O exame objectivo deverá dar especial atenção à avaliação da integridade da musculatura do pavimento pélvico, ao estado de trofismo genital, à presença de massas anómalas e de POP.

São partes fundamentais do exame objectivo em incontinência urinária:

1. Exame ginecológico com avaliação do grau de POP;
2. Teste da tosse (*stress test*) para demonstração de IUE;
3. Avaliação da mobilidade uretral;
4. Avaliação neuromuscular pélvica;
5. Medição do volume residual pós-miccional.

## 1. Exame ginecológico e avaliação do grau de POP

Além da inspecção dos genitais externos e exame com espéculo, é fundamental avaliar a existência de POP e quantificá-lo através da aplicação do *Pelvic Organ Prolapse Quantification System* (POP-Q).

A presença de POP pode condicionar a gravidade dos sintomas de IUE. O prolapso com expressão infra-himénial (> Grau 2) pode provocar uma obstrução relativa da uretra, dificultando o correcto esvaziamento da bexiga e impedir a expressão clínica de uma IUE subjacente, situação conhecida como incontinência urinária oculta, potencial ou mascarada.

A redução temporária do POP manual ou através de um pessário não obstrutivo, pode tornar evidente uma IU oculta ou mostrar um agravamento do grau de IU previamente estabelecido.

## 2. Teste da tosse – stress test

A observação de perda involuntária de urina coincidente com o esforço associado à tosse é diagnóstica de IUE. Por vezes a perda involuntária de urina diferida em relação à tosse pode estar relacionada com hiperactividade do detrusor.

A IUE deve ser objectivamente demonstrada antes da decisão de um tratamento cirúrgico dirigido.

O teste da tosse é idealmente realizado com bexiga cheia e em posição de litotomia, durante o exame ginecológico, apresentando um valor preditivo positivo de 78 a 97%. Por vezes é necessário repetir a manobra em ortostatismo, procurando mimetizar a forma habitual em que a doente refere perda involuntária de urina no seu dia-a-dia.

Perante uma situação clínica com sintomatologia típica de IUE e um teste da tosse negativo, quer em litotomia quer em ortostatismo, referindo a doente bexiga cheia, aconselha-se a repetição do teste após micção voluntária da doente, contabilização do volume urinado e residual (por ecografia ou esvaziamento com sonda vesical), e enchimento vesical com recurso a sonda promovendo a instilação de soro fisiológico até surgir sensação de repleção vesical ou uma instilação de 300 ml de fluído. Nesta situação a

sensibilidade do teste da tosse terá que ser máxima, recomendando-se a realização de Estudos Urodinâmicos complementares no caso do *stress test* se manter negativo nestas condições, mesmo em ortostatismo.

### 3. Avaliação da mobilidade uretral

Define-se por hiper mobilidade uretral (HU) uma deslocação da uretra  $\geq 30^\circ$  a partir do plano horizontal, em posição de litotomia e com manobra de Valsalva.

A presença de HU associa-se a situações de IUE não complicada, sendo factor preditivo de sucesso terapêutico. A ausência de hiper mobilidade da uretra aumenta 1,9 vezes o risco de insucesso do tratamento cirúrgico da IUE com *slings* suburetral.

No exame físico, a mobilidade uretral é classicamente pesquisada com recurso ao teste do cotonete ou *Q-tip test*. Este teste consiste na introdução de um cotonete, embebido em iodopovidona, pelo meato uretral externo até cerca de 4 cm de profundidade na uretra, pedindo posteriormente à doente para realizar uma manobra de Valsalva. Se com o aumento da pressão abdominal o cotonete descrever um ângulo  $\geq 30^\circ$ , considera-se que existe HU.

Outros métodos disponíveis para esta avaliação incluem a medição da variação do ponto Aa em Valsalva aquando da realização do POP-Q.

### 4. Avaliação neuromuscular pélvica

Apesar da avaliação neurológica sumária da vulva e períneo ser uma prática recomendável no rastreio de doença neurológica subjacente, a taxa de detecção de alterações locais é baixa na ausência de sintomas sistémicos ou de uma disfunção neurológica já diagnosticada.

Nesta avaliação devem incluir-se a pesquisa de sensibilidade dos dermatomas lombo-sagrados e a pesquisa dos reflexos sagrados.

Na avaliação da inervação sensitiva local deve utilizar-se um estímulo mecânico leve e outro aguçado, utilizando para isso habitualmente o contacto sequencial com a pele das duas extremidades de um cotonete, de um e outro lado do períneo, inquirindo a doente em relação à sensação despo-

letada. A detecção de uma alteração da sensibilidade deverá levar a uma referência e avaliação neurológica mais detalhada.

A avaliação da inervação motora sagrada deverá ser feita com recurso ao reflexo bulbo-cavernoso e ano-cutâneo. O primeiro é despoletado pela compressão ligeira do clítoris; o segundo é despoletado pela pressão cutânea exercida sob a pele da margem do ânus bilateralmente por intermédio de uma superfície romba, levando à observação de uma contracção reflexa do esfíncter anal externo, também conhecido por piscar de olho anal ou *anal wink sign*.

Tanto a ausência destes reflexos como a presença de hiperreflexia deverão motivar uma avaliação neurológica mais detalhada e eventual referência para exclusão de lesões neurológicas importantes (periféricas ou centrais) apesar de por vezes a alteração destes reflexos ser benigna ou uma variante do normal, sem significado clínico aparente.

Na avaliação da musculatura do pavimento pélvico deve considerar-se tanto a inspecção dos genitais externos como a palpação do intróito vaginal e/ou ânus. Na primeira avaliação é importante considerar a presença / ausência de cicatrizes prévias e a capacidade de involução do períneo com a contracção voluntária da musculatura pélvica. Na segunda o clínico procura aferir pelo toque digital a força da contracção pélvica e tónus dos elevadores do ânus que pode ser conseguido pedindo à doente para contrair voluntariamente a musculatura da vagina e/ou ânus, devendo a força da contracção pélvica, sobre o dedo do examinador, ser avaliada bilateralmente.

Estão publicadas pela ICS, normas orientadoras para a avaliação e classificação do tónus muscular do pavimento pélvico, devendo definir-se 4 categorias:

- > Musculatura normal – contracção e relaxamento voluntário;
- > Musculatura hipertónica – contracção voluntária com relaxamento ineficaz;
- > Musculatura hipotónica – contracção voluntária fraca;
- > Musculatura não funcional – ausência de actividade contráctil palpável.

## 5. Medição do volume residual pós-miccional

A presença de um resíduo pós-miccional (RPM) aumentado pode indicar a existência de uma disfunção miccional de esvaziamento ou de incontinência urinária associada a retenção urinária crónica, situação também conhecida como incontinência urinária de *overflow* ou extravasamento.

Não existindo um consenso estabelecido quanto à padronização dos resultados da medição do volume residual pós-miccional, é habitual considerar-se como esvaziamento adequado a presença de um RPM < 1/3 do volume total urinado. Alguns grupos de trabalho sugerem como *cut-off* para uma possível disfunção de esvaziamento um RPM superior a 150 ml.

A medição do RPM pode ser realizada directamente através do esvaziamento com sonda vesical, após micção voluntária ou através da estimativa por medição ecográfica indirecta do volume vesical após micção.

Na ausência de POP a presença de um RPM aumentado não é comum e deverá conduzir à necessidade de uma avaliação complementar do mecanismo de esvaziamento vesical através de uma urofluxometria e cistomanometria de esvaziamento perfilometria uretral, incluídos num estudo urodinâmico completo.

EVIDÊNCIA EUA GUIDELINES 2020	NE
LUTS coexistentes com IU estão associados a uma maior taxa de RPM comparando com pacientes assintomáticos	2

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Para medir o RPM usar ecografia	Forte
Medir o RPM em pacientes com IU e sintomas de esvaziamento	Forte
Medir o RPM na avaliação de pacientes com IU complicada	Forte
RPM deve ser monitorizado em pacientes que recebam tratamentos que possam piorar sintomas de esvaziamento, incluindo cirurgia por IUE	Forte

## Bibliografia

Urinary incontinence in women: management 2013 updated 2015. NICE guideline CG171.

Urinary incontinence in women overview. NICE pathway 2017.

Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. Committee Opinion Number 603. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2014 123:1403-1407

Diaz D, Robinson D. Initial Assessment of Urinary Incontinence in Adult Male and Female Patients. In Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan Wein (Eds) *Incontinence 6th Edition* 2017;516-547.

FC Burkhard, JLHR Bosch, F Cruz, GE Lemack, AK Nambiar, N Thiruchelvam, A Tubaro. European Association of Urology. Guidelines on Urinary Incontinence on adults 2020.

Zappavigna C, Carr LK. Validated Questionnaires for the Evaluation of Urinary Incontinence – Which, When and Why? *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2015;10:138-142.

Tamanini José Tadeu et al. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)" for Portuguese. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):438-444.

Steviano Livia Palma et al. Validation survey of the impact of urinary incontinence (IIQ-7) and inventory of distress urogenital (UDI-6) – the short scales – in patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(1):46-51.

Moraes RP et al. Validatiion of the urgency questionnaire in Portuguese: a new instrument to assess overactive bladder symptoms. *Int Braz J Urol* 2018;44(2):338-347.

Viana R et al. Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2015;26(7):1027-1033.

Santana GW et al. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2012;23(1):117-121

Souza Carolina Chaves et al. Portuguese validation of the Urinary Incontinence-Specific Quality-of-Life Instrument: I-QOL. *Int Urogynecol J* 2009;20:1183-1189

Chapple CR et al. Total urgency and frequency score as a measure of urgency and frequency in overactive bladder and storage lower urinary tract symptoms. *BJU Int* 2014;113(5):696-703

Paiva C et al. Contributo para a Adaptação e Validação do Instrumento de Medida: "Questionário de avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com Incontinência Urinária (CONTILIFE)" para a população portuguesa feminina. *Ifisionline* 2010;1(1):7-17

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Guerette N, Sands D, Davila GW Primary Evaluation of the Pelvic Floor. In Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD (Eds) *Pelvic Floor Dysfunction: A Multidisciplinary Approach* 2006;27-34

Henriques, A. Incontinência Urinária Feminina. In Neves, J. *Ginecologia Básica em Medicina Familiar* 2016:152-157

Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int* 2016;117:20-33

Urinary Incontinence in women. Practice Bulletin Number 155. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;126:66-81

Bump Richard C et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-17

Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:31-37

Richter WE et al. Demographic and clinical predictors of treatment failure one year after midurethral sling surgery. Urinary Incontinence Treatment Network. *Obstet Gynecol* 2011;117:913-921

Swift S et al. Test re-test reliability of the cotton swab (Q-tip) test in the evaluation of the incontinent female. *Int Urogynecol J* 2010;21(8):963-967

Mattison ME et al. Can urethral mobility be assessed using the pelvic organ prolapse quantification system? An analysis of the correlation between point Aa and Q-tip angle in varying stages of prolapse. *Urology* 2006;68:1005-1008

Dietz HP, Wilson PD. The "iris effect": how two-dimensional and three-dimensional ultrasound can help us understand anti-incontinence procedures. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:267-271.

Messelink B et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24(4):374-380

Al Afraa T et al. Normal lower urinary tract assessment in women: I Uroflowmetry and post-void residual, pad tests, and bladder diaries. *Int Urogynecol J* 2012;23(6):681-685

Milleman M et al. Pos-void residual urine volume in women with overactive bladder symptoms. *J Urol* 2004;172:1911-1914.

Nager CW et al. Reference urodynamic values for stress incontinente women. *Neurourol Urodyn* 2007;26(3):333-344.

### 3.B – Exames Complementares de Diagnóstico

#### 3.B.1 – Análise de urina

A análise sumária de urina é considerada um exame fundamental, devendo ser realizada a todas as doentes com sintomas urinários. Comparativamente à microscopia, a avaliação bioquímica rápida em tira teste é satisfatória no diagnóstico de cistite não complicada. No entanto em mulheres sintomáticas com teste negativo e assintomáticas com teste positivo deve-se prosseguir para a realização de uma urocultura.

É recomendada a análise sumária de urina sistemática como parte integrante da avaliação inicial da doente com IU, segundo as últimas *guidelines* da maioria das sociedades científicas internacionais, incluindo a *International Continence Society* (ICS), o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a *European Association of Urology* (EAU), a *American Urological Association* (AUA) ou o *National Institute for Health and Care* (NICE).

No âmbito da incontinência urinária feminina, a análise sumária de urina deve ser encarada não como um teste de diagnóstico, mas sim como um exame de rastreio, importante para identificar / excluir hematúria, proteinúria, glicosúria, piúria e bacteriúria.

A importância deste exame na avaliação inicial da IU é independente do sexo, da idade ou da etiologia. Ainda assim, a relevância clínica de alguns achados é ainda controversa, como é exemplo a presença de bacteriúria assintomática (sem piúria) ou piúria (sem bacteriúria) nas populações mais idosas. Quando estudada em idosos residentes em lares, a erradicação da bacteriúria assintomática não parece alterar a prevalência e gravidade da IU.

O conceito crescente da existência de comunidades bacterianas estruturadas no epitélio da bexiga (microbioma vesical), deitou por terra o paradigma da esterilidade da urina, existindo evidência emergente que sugere um contributo das variações na flora microbiota vesical para os sintomas de IU na mulher.

### EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2020

EVIDÊNCIAS	NE
Análise de urina negativa para nitritos e esterase leucocitária exclui ITU.	1
A IU pode ser um sintoma durante a ITU.	3
A presença de ITU sintomática piora os sintomas de IU.	3
Idosos institucionalizados com IU não beneficiam de tratamento de bacteriúria assintomática.	2

RECOMENDAÇÕES	GR
Realizar análise de urina como exame inicial de pacientes com IU.	Forte
Se uma ITU estiver presente em paciente com IU, reavaliar a paciente após tratamento.	Forte
Não tratar por rotina bacteriúria assintomática em pacientes idosos, para melhorar a IU.	Forte

### 3.B.2 – Diário miccional

A principal finalidade de um diário miccional é permitir um auto registo de sintomas durante um período de tempo alargado, que possibilite uma avaliação mais objectiva das queixas da doente, principalmente em situações complexas ou não esclarecidas. O diário miccional poderá também funcionar como instrumento de intervenção terapêutica, uma vez que permite à paciente obter uma noção mais exacta da sua função vesical bem como do controlo da mesma. A monitorização da eficácia do tratamento é outro domínio, em que o recurso a um diário miccional se pode tornar uma mais-valia importante.

Existem hoje em dia várias modalidades possíveis do mesmo, em papel ou digital, com duração de 24 h, 3 ou 7 dias (a mais habitual é o registo gráfico de 3 dias) que podem incluir parâmetros variados como: número de micções e de episódios de urgência miccional, episódios de perda involuntária de urina, volume de líquidos ingerido, actividades realizadas ou número de pensos utilizado.

Apesar da sua utilidade ser aceite e reconhecida pelas sociedades científicas internacionais, sendo recomendação de nível 2 e 3 na maioria das *guidelines*, o diário miccional apresenta algumas limitações a ter em consideração. Uma delas, prende-se com o facto de não existir até à data evidência consistente de que os resultados obtidos num diário miccional sejam um preditor válido do tipo de IU presente na doente, uma vez que muitas das pacientes demonstram uma dificuldade acrescida em compreender e preencher a grelha do diário miccional de forma fiável e verdadeiramente representativa da realidade do seu dia-a-dia. Também a utilidade, fiabilidade e adesão à utilização de diários electrónicos comparativamente a diários em papel, não está testada. (Anexo 1)

EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
Os diários miccionais de 3 e 7 dias são uma ferramenta objectiva para a avaliação da média de volume urinado, frequência miccional diurna e nocturna e frequência dos episódios de IU.	2b
Diários miccionais são sensíveis a mudanças e confiáveis na avaliação de resultados.	2b

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Pedir às doentes para completarem um diário miccional.	Forte
Usar um diário miccional de 3 ou 7 dias.	Forte

### 3.B.3 – PAD test

O *PAD test* (ou teste do penso) pode ser útil na avaliação complementar e demonstração de perda involuntária de urina quando esta não se consegue objectivar no exame físico inicial. Este teste permite alargar o intervalo de observação da doente, possibilitando o aparecimento dos sintomas habitualmente referidos no contexto das actividades do dia-a-dia. Este intervalo de tempo poderá ser variável, existindo duas modalidades mais comuns: o *PAD test* de 1 h realizado em consultório e o *PAD test* de 24 h realizado no domicílio.

No teste de 1 h é importante garantir inicialmente a repleção vesical da doente (sensação subjectiva de bexiga cheia ou volume pré-estabelecido, ex. 250 ml) quer seja por instilação de soro fisiológico com sonda vesical ou permitindo à mesma a ingestão voluntária de água. De seguida, é pedido à doente que realize um conjunto padronizado de actividades durante 1h, após colocar sobre a roupa interior um penso seco, previamente pesado. Este painel de actividades pré-estabelecido deve procurar ser o mais representativo possível da vida quotidiana da mulher, como agachar, tossir, subir escadas, lavar as mãos. O penso volta a ser pesado no final do teste, correspondendo a diferença ao volume de fluido perdido. É importante ter em consideração que pequenos incrementos de peso (até 1g/h) podem corresponder apenas à acumulação de secreções vaginais e/ou sudorese, não sendo suficiente para assumir perda involuntária de urina.

O teste de 24 h, não é tão padronizado como o teste de 1 h realizado em consultório. A doente leva para casa um penso seco pré-pesado, sendo instruída para o utilizar sobre a roupa interior durante um período habitual de 4 a 6 h. Posteriormente o penso deve ser retirado e selado num saco de plástico para que possa ser pesado na visita médica seguinte, permitindo estimar a perda de fluido ocorrida.

O teste do penso pode ser uma ferramenta útil não só para determinar a intensidade inicial da perda de urina como também para avaliar a resposta ao tratamento. Existe evidência que demonstra a sua capacidade diagnóstica de IU, assim como uma correlação positiva com a sintomatologia referida.

EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
O <i>PAD test</i> pode diagnosticar de forma objectiva uma IU.	2
Padronização de volume vesical e de testes provocatórios aumentam a reprodutibilidade.	2
24h é uma duração suficiente para teste no domicílio, com um bom compromisso entre a acuidade diagnóstica e a adesão.	2
Mudança no volume de perda no <i>PAD test</i> pode ser usado como avaliação de tratamento.	2

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Ter um protocolo de duração e manobras standardizadas para o <i>PAD test</i> .	Forte
Usar <i>Pad test</i> quando a quantificação de IU é requerida.	Fraco*

\*Falta de evidência robusta. Não ajuda a distinguir o tipo de IU

### 3.B.4 – Inquéritos de Qualidade de Vida

Na área de saúde, o interesse pelo conceito Qualidade de Vida é relativamente recente. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que determinado problema de saúde pode acarretar, permitindo um melhor conhecimento do doente e de sua adaptação à condição. A grande evolução no tratamento de doenças crónicas levou, naturalmente, a um maior interesse por parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A qualidade de vida pode ser definida como a valorização subjectiva que o doente faz de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde. Nos últimos anos, os investigadores têm revelado um interesse crescente no estudo da IU e seu impacto na qualidade de vida das doentes. Esta surge com inevitáveis e importantes repercussões físicas, sociais, psicológicas e económicas nos mais variados contextos de vida da mulher.

A qualidade de vida pode ser avaliada por meio de questionários preenchidos pela doente. Múltiplos questionários foram desenvolvidos, inicialmente mais detalhados e complexos, sendo hoje em dia cada vez mais simples, de forma a serem preenchidos mais rapidamente e com aplicação mais fácil na prática clínica, sem perderem qualidade. Estes questionários têm vindo a ser validados nas diferentes línguas, existindo já algumas versões validadas em português, no Brasil. O "*King's Health Questionnaire*" (KHQ) (Anexo 2), validado em 37 países, demonstrou ser um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em mulheres com IU. Consiste numa série de itens, divididos em três partes: a primeira possui perguntas sobre o estado geral de saúde; a segunda sobre os sintomas urinários; e a terceira parte apresenta perguntas sobre o impacto da incontinência em diferentes áreas, incluindo vida profissional, social e pessoal, perturbações emocionais e distúrbio do sono. Quando preenchido obtemos uma

escala de 0 a 100 pontos, sendo 0 a qualidade de vida máxima e 100 a pior. Foi por nós escolhido pela sua validação na nossa língua, bem como pelos resultados obtidos com a aplicação do mesmo, sua reprodutibilidade e simplicidade de aplicação.

#### OBJECTIVOS DOS INQUÉRITOS DE QUALIDADE DE VIDA

Ajudam a definir melhor a associação entre o exame físico objectivado e os sintomas relacionados.

Permitem compreender de forma mais objectiva quais as doentes que verdadeiramente beneficiam de tratamento cirúrgico ou apenas de reabilitação do pavimento pélvico.

Permitem avaliar tratamentos, ver os resultados obtidos e a satisfação das doentes com os mesmos.

Estes questionários podem ser importantes em ensaios clínicos, na avaliação e comparação de diferentes tratamentos, bem como do verdadeiro impacto que pequenas alterações com significado estatístico possam ter na qualidade de vida das mulheres.

**Tabela 4** – Objectivos dos I-QoL

O uso de questionários validados, juntamente com um sistema padronizado de avaliação da IU, permite adequar os cuidados para com as nossas doentes. A eficácia e o sucesso do tratamento devem ser determinados pelas melhorias dentro de uma ampla variedade de parâmetros emocionais e sociais com impacto importante no dia a dia das doentes. A avaliação do impacto da IU sob a perspectiva do doente é essencial para compreender, na sua totalidade, a verdadeira importância desta entidade.

Nota:

- 1 – aconselhamos a utilização de tamanho mínimo de letra 16, de forma a ultrapassar as dificuldades de utentes com diminuição da acuidade visual.
- 2 – doentes analfabetas devem ser ajudadas a completar o questionário por familiares ou acompanhantes.

### 3.B.5 – Estudos Urodinâmicos

#### Introdução

Os Estudos Urodinâmicos (EUD) são um método de avaliação da função do tracto urinário inferior de mulheres adultas com anatomia urológica intacta.

Quando se analisa a utilidade de um exame complementar de diagnóstico, os seus benefícios devem ultrapassar possíveis complicações. A urodinâmica é uma investigação relativamente inócua, referindo-se a ocorrência de infecção urinária ou algum desconforto em cerca de 1-2 % das doentes.

Adicionalmente é importante decidir se a informação que podemos obter justifica o seu custo.

OBJECTIVOS PRINCIPAIS DOS EUD	A URODINÂMICA PODE AINDA:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproduzir os sintomas da doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os factores que contribuem para a disfunção do tracto urinário e avaliar a sua importância relativa;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar uma explicação fisiopatológica, correlacionando os sintomas com os achados urodinâmicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prever problemas que podem decorrer de intervenções posteriores;</li> <li>• Produzir evidência que pode alterar o <i>timing</i> do tratamento;</li> <li>• Excluir alterações que podem interferir com o tratamento da doente;</li> <li>• Avaliar resultados de tratamentos anteriormente efectuados e entender a falência de um tratamento da IU.</li> </ul>

**Tabela 5** – Objectivos dos EUD

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

ESTUDOS NÃO INVASIVOS - INDICADOS EM TODAS AS MULHERES COM IU OU LUTS	ESTUDOS INVASIVOS – INDICADOS NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:	
Fluxometria	Cistometria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação pré-operatória;</li> <li>• Disfunção no esvaziamento vesical;</li> <li>• Doenças neurológicas;</li> <li>• Incontinência Urinária não explicada;</li> <li>• Incontinência Urinária Mista (IUM);</li> <li>• Cirurgia prévia de correção de IU;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Idade avançada (&gt; 65 anos);</li> <li>• Diabetes <i>mellitus</i>;</li> <li>• Cirurgia concomitante de prolapso.</li> </ul>
Medida do Resíduo pós-miccional (RPM)	Estudo Pressão Fluxo	
	Perfil Uretral Electromiografia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicados em situações particulares, conforme descrito mais à frente.</li> </ul>

**Tabela 6** – Indicações dos diferentes estudos que fazem parte dos EUD

RECOMENDAÇÃO INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY / INTERNATIONAL CONSULTATION ON UROLOGICAL DISEASES (ICS /ICUD) 2017	GR
O comitê da ICS recomenda que o EUD seja considerado ao discutir custos (riscos, danos) e benefício (objectivos do diagnóstico) dos vários métodos (clínicos e EUD) de diagnóstico para LUTS e / ou IU, em relação ao tratamento previamente proposto.	B

### Estudos que fazem parte da avaliação urodinâmica

#### > Estudos não invasivos

Testes urodinâmicos realizados sem inserção de cateteres:

urofluxometria, medida do RPM, ecografia vesical

### > Estudos Invasivos

Testes urodinâmicos que impliquem inserção de cateteres, sondas ou agulhas:

cistometria, estudo pressão-fluxo, perfil uretral, electromiografia (EMG).

### > Protocolo de Urodinâmica segundo as boas práticas determinadas pela International Continence Society (ICS)

#### *ICS Standard Urodinâmica (ICS-SUT)*

##### 1. História clínica,

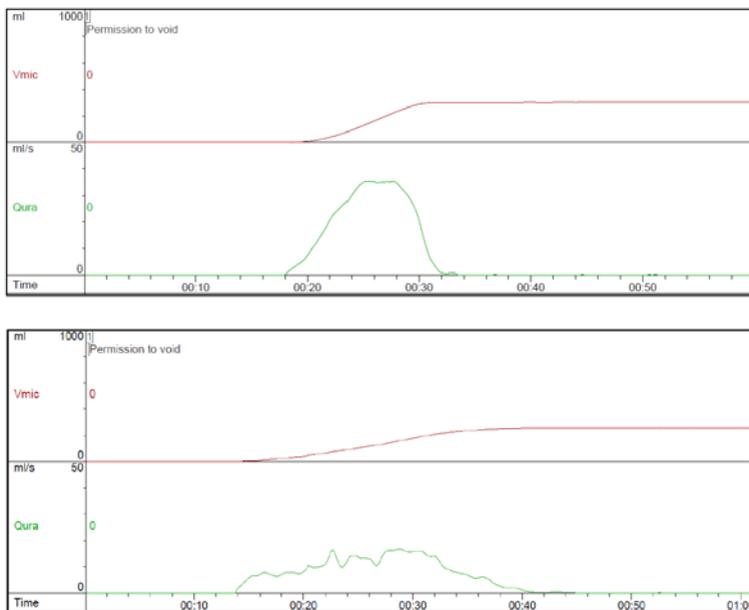
Deverá incluir um *score* validado para a sintomatologia apresentada, aspectos relevantes do exame físico e diário miccional de 3 dias.

##### 2. Urofluxometria

Avalia o fluxo ou jacto urinário em mililitros/segundo (ml/s) ou seja o volume urinado por unidade de tempo, com registo do fluxo máximo (QMax), volume urinado e resíduo pós-miccional (RPM). Idealmente a curva tem a forma de campânula e o valor do QMax deve ser superior a 18 ml/s nas mulheres acima dos 50 anos e superior a 20 ml/s nas mulheres abaixo dos 50 anos. Quando a morfologia da curva é diferente, deve ser descrita e interpretada, orientando para investigação adicional (a morfologia da curva pode sugerir a existência de patologias, como por exemplo a obstrução / hipoactividade do detrusor e a estenose da uretra).

O RPM é o volume de urina que permanece dentro da bexiga (intravesical) após a micção, determinado por ecografia ou cateterismo vesical, imediatamente após o fim da micção.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

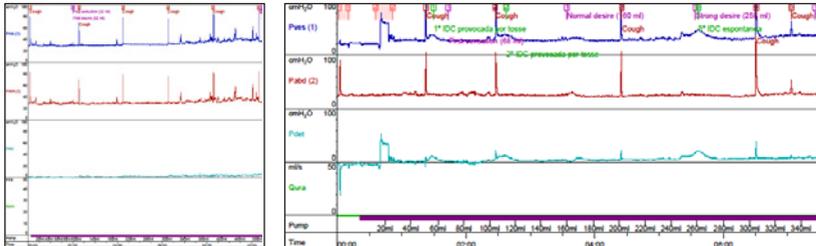


**Figura 1** – Exemplos de urofluxometrias: 1ª – normal, 2ª – sugestiva de obstrução / hipoatividade do detrusor (curva irregular e prolongada).

### 3. Cistometria

Consiste no enchimento contínuo da bexiga com água bidestilada, através de um cateter, com a medição das pressões intra-vesicais (Pves) e intra-abdominais (Pabd), e registo da pressão de detrusor (Pdet) ( $Pdet = Pves - Pabd$ ), incluindo também os testes de qualidade através da tosse. A cistometria termina com a permissão ao doente para urinar ou quando ocorrer incontinência de todo ou quase todo o conteúdo vesical. A capacidade vesical normal é de 350 – 600 ml. O estudo permite avaliar a sensibilidade vesical (hipersensibilidade quando a mulher manifesta uma primeira vontade com volumes muito baixos ou menores que 50% do volume total ou hipossensibilidade quando ultrapassa na primeira vontade 50% da capacidade vesical normal), a forma como a bexiga se acomoda ao enchimento (acomodação ou *compliance*), a capacidade vesical ou capaci-

dade cistométrica máxima aparente (a final será o volume urinado + RPM), se existem ou não contrações espontâneas ou provocadas, não inibidas do detrusor e o valor da pressão abdominal que desencadeia fuga urinária (*Abdominal Leak Point Pressure (ALPP)*).



**Figura 2** – Exemplos de cistometria de enchimento. A 1ª uma cistometria normal a 2ª com contrações espontâneas e provocadas pela tosse, não inibidas, do detrusor.

#### 4. Pressão abdominal de fuga (*Abdominal Leak Point Pressure – ALPP*)

Existem diversas técnicas e definições para determinar ALPP e uma baixa correlação entre os valores de ALPP e a experiência da doente ou o grau de gravidade da IU. Também está demonstrado que os valores de ALPP não são preditivos do sucesso da cirurgia.

EVIDÊNCIA INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY / INTERNATIONAL CONSULTATION ON UROLOGICAL DISEASES (ICS /ICUD) 2017	NE
O valor de ALPP não é um bom preditor de sucesso da IU.	2-3

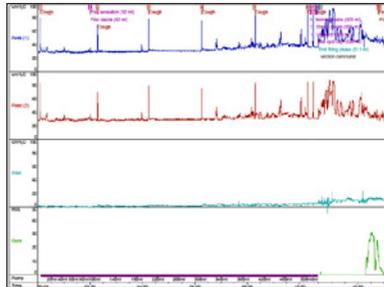
RECOMENDAÇÕES ICS /ICUD 2017	GR
O comité do ICS afirma que nem a hiperactividade do detrusor nem a severidade da mesma, seja diagnosticada com base nos parâmetros urodinâmicos – cistometria.	B
Os resultados de uma cistometria com testes provocatórios, devem ser interpretados juntamente com os sintomas da doente e se os resultados forem representativos dos mesmos.	B
O comité do ICS não recomenda que o valor de ALPP seja o único valor urodinâmico a ter em conta em doentes com IU.	B

## 5. Estudo pressão-fluxo

Consiste na medição das pressões intra-vesicais e abdominais, desde o momento da permissão para urinar, enquanto é realizada uma urofluxometria em simultâneo.

O registo simultâneo das pressões e do fluxo urinário, permite detectar uma obstrução infra-vesical ou uma hipoactividade do detrusor, ou a combinação de ambos. Avalia ainda o RPM. Este estudo dá-nos informação sobre qualquer disfunção no esvaziamento e dinâmica do mesmo.

RECOMENDAÇÃO ICS /ICUD 2017	GR
Os investigadores devem interpretar o estudo pressão-fluxo e o RPM, juntamente com a fluxometria livre, quando relevantes na associação de sintomas LUTS com IU.	A-B



**Figura 3** – Fase de esvaziamento – a mulher inicia a micção com ajuda dos músculos abdominais, tendo posteriormente uma micção com boa contracção do detrusor e valores que excluem obstrução / hipoactividade do detrusor ( $P_{det}@Q_{max} < 20 \text{ cm H}_2\text{O}$ ,  $Q_{max} > 20 \text{ ml /s}$ )

### *ICS testes urodinâmicos suplementares (ICS-SUP)*

#### **6. Electromiografia dos músculos pélvicos (EMG)**

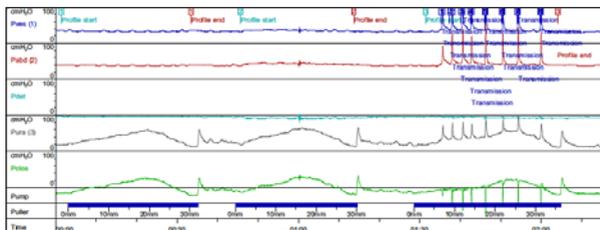
Avaliação da actividade muscular pélvica com eléctrodos de superfície.

Utilizada em dissenergias vesico-esfincterianas, associadas a patologias neurológicas. Não é um teste que se utilize normalmente no estudo da doente uroginecológica.

#### **7. Perfil de pressões uretrais (UPP)**

Avalia o estado funcional da uretra, medindo as pressões ao longo da uretra. São registadas a pressão uretral máxima (Pura), a pressão vesical (Pves) e a pressão máxima de encerramento uretral (MUCP), ( $MUCP = Pura - Pves$ ). Também é avaliado o comprimento funcional da uretra, que representa o comprimento em que a pressão uretral ultrapassa a pressão vesical.

O comité do ICS não recomenda que se utilizem os valores do perfil uretral isolados. Estas medidas devem ser avaliadas em conjunto com a cistometria ou o exame físico.



**Figura 4** – Perfil uretral. 1<sup>o</sup> – em repouso, 2<sup>o</sup> – com contração voluntária dos músculos pélvicos (idealmente o aumento deveria ser de 30%), 3<sup>o</sup> – avaliar a eficácia da transmissão da pressão abdominal sobre a uretra que define HU, se transmissão < 70% (discutível).

### Indicações gerais – Informação para a doente

A elaboração de um folheto explicativo sobre os estudos urodinâmicos para as doentes pode ser útil na prática clínica.

Segundo a ICS, este deve incluir os seguintes aspectos (*ICS standard information leaflet for urodynamics*).

- > Definição de estudo urodinâmico e da sua utilidade;
- > Descrição sumária de questões técnicas relevantes (necessidade de inserção de catéteres na bexiga e no recto, duração do exame, necessidade de uma interação dinâmica/comunicação com a doente);
- > Referência a sintomas que podem ocorrer após o estudo, o que significam e como podem ser geridos ou prevenidos (ex. desconforto miccional nas primeiras horas, aumento da frequência urinária, disúria, hematúria e ITU);
- > Suspensão ou manutenção de medicações em curso.

### Estudos Urodinâmicos (EUD) no Síndrome da Bexiga Hiperactiva (OABS)

Os estudos publicados na literatura, não foram capazes de demonstrar a associação inequívoca entre OAB e hiperactividade do detrusor.

Se por um lado não se confirmou a associação entre a gravidade dos sintomas e os resultados urodinâmicos, foi observado que a diminuição

da capacidade cistométrica e da *compliance* e a existência de contrações não inibidas do detrusor estavam associadas à percepção de sintomas.

RECOMENDAÇÃO INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY / INTERNATIONAL CONSULTATION ON UROLOGICAL DISEASES (ICS /ICUD) 2017	GR
Os clínicos devem discutir com as suas pacientes com OABS que, quando os EUD são realizados, nem a quantidade nem as características da hiperactividade do detrusor prevêm a resposta a qualquer abordagem terapêutica. No entanto a ausência de hiperactividade é relevante para futura orientação.	B

### Disfunção Urinária ou Incontinência Urinária Recorrente após tratamento com *Sling* Sub-Uretral

Um EUD normal não é preditivo de uma obstrução urinária ou hipoactividade do detrusor, condicionando dificuldades no esvaziamento vesical, após a colocação de um *sling* suburetral. No entanto encontrou-se relação entre fluxometrias anormais e disfunção no esvaziamento pós-cirúrgico. As doentes com estes achados devem ser avisadas de maior probabilidade de disfunção miccional pós-operatória.

As doentes que apresentem falha ou recidiva no tratamento, podem apresentar disfunções no esvaziamento, um maior compromisso no encerramento uretral ou uretra fixa, que torna obrigatório a realização de EUD.

### Urgência, Sintomas Mistos ou Síndrome de Bexiga Hiperactiva, após tratamento com *Sling* Suburetral

Estudos prospectivos disponíveis indicam que o OABS, os sintomas mistos e a presença de hiperactividade do detrusor durante os EUD, têm um efeito negativo nos resultados das intervenções cirúrgicas para IUE. Os EUD não são fiáveis na previsão de quais pacientes vão desenvolver urgência urinária de novo, após a cirurgia de IUE. Existe alguma evidência de que as cirurgias mais obstrutivas têm um maior risco de OABS.

Estudos recentes mostraram que pacientes com IUE podem apresentar hiperactividade do detrusor e que o sucesso a longo prazo (10 anos) de *sling* colocado por via transobturadora sem hiperactividade do detrusor era

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

significativamente mais elevado (95%) do que é referido habitualmente (75-80%).

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	LE
A maior parte dos parâmetros urodinâmicos mostram variações na mesma sessão e ao longo do tempo, e isto limita a sua utilidade.	3
Técnicas diferentes para medir a função uretral, podem oferecer maior confiança teste – reteste, mas não se correlacionam consistentemente com outros testes urodinâmicos ou com a severidade da IU.	3
Existe evidência limitada, que a urodinâmica ambulatória seja mais sensível que a urodinâmica convencional para diagnóstico da IUE ou hiperactividade do detrusor.	2
Podem existir inconsistências entre a história e os resultados urodinâmicos.	3
Urodinâmica preliminar pode influenciar a escolha do tratamento para a IU, mas não afecta os resultados da terapêutica conservadora ou da terapêutica médica para a IUE.	1a
Urodinâmica pré-operatória em mulheres com IUE não complicada, demonstrada clinicamente, não melhora o resultado da cirurgia de IUE.	1b
Não há correlação consistente entre os resultados de UPP e subsequente falha ou sucesso da cirurgia de IUE.	3
Não há evidência consistente que hiperactividade do detrusor esteja associada a falha cirúrgica dos slings suburetrais, colocados na uretra média, na mulher.	3
A presença de hiperactividade do detrusor pré-operatória está associada a persistência de urgência pós-operatória	3

RECOMENDAÇÕES ICS/ICUD 2017	GR
Pacientes submetidas a cirurgia de IUE devem ser informadas de que podem desenvolver OABS pós cirurgia e que esse aspecto é imprevisível.	B
As pacientes devem ser informadas antes da cirurgia acerca da possibilidade de menor sucesso sempre que apresentarem concomitantemente com a IUE, baixa <i>compliance</i> e baixa capacidade cistométrica , OABS ou hiperactividade do detrusor nos EUD.	B
O comité do ICS recomenda que os EUD invasivos devem ser considerados para as mulheres com IUE, de forma a aumentar o conhecimento no qual o tratamento se deve basear.	B

>

&gt;

RECOMENDAÇÕES ICS/ICUD 2017	GR
O comité do ICS recomenda que se realizem EUD sempre que existam dúvidas sobre a patofisiologia que causa a IUE ou LUTS, quer a IU seja complicada ou não.	B
Recomenda ainda EUD sempre que a primeira e mais indicada terapêutica tiver sido efectuada e tiver falhado.	B
Recomenda EUD completos para mulheres com LUTS e/ou IU e uma representativa fluxometria com altos RPM ou fluxo muito reduzido.	B

RECOMENDAÇÕES EAU 2020 (CONSIDERANDO APENAS ADULTAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA E INTEGRIDADE NEUROLÓGICA)	GR
Clínicos que realizam urodinâmica em pacientes com IU devem: Assegurar-se que os testes reproduzem os sintomas da paciente; Interpretar os resultados no contexto do problema clínico; Verificar registos para controle de qualidade; Recordar-se que pode haver variabilidade fisiológica na mesma paciente.	Forte
Informar a paciente de que os resultados urodinâmicos podem ser úteis na discussão das opções terapêuticas, ainda que exista pouca evidência que a realização de EUD possa prever os resultados de uma cirurgia de IUE.	Fraco
Não realizar EUD por rotina, quando proposta cirurgia para IUE não complicada.	Forte
Realizar EUD se os achados tiverem possibilidade de alterar a escolha de tratamento invasivo.	Fraco
Não utilizar UPP ou ALPP para classificar a gravidade da incontinência ou para prever resultados cirúrgicos.	Forte

### 3.B.6 – Ecografia

A ecografia na avaliação das disfunções do pavimento pélvico continua controversa à luz da ciência actual. O seu papel na prática clínica não está bem definido, podendo ser útil na identificação das estruturas anatómicas, sua correlação anátomo-funcional e visualização das redes usadas nas cirurgias uroginecológicas.

A necessidade de parâmetros bem definidos para o seu uso é imperativa e foram já feitas recomendações por diferentes associações, no sentido de uniformizar a metodologia e as indicações da avaliação ecográfica do tracto urinário inferior feminino. A *International Urogynecology Association*, juntamente com a *International Continence Society* (IUGA/ICS) publicaram um documento, no qual fazem referência ao uso da ecografia em uroginecologia como método de investigação adicional na avaliação clínica de rotina.

### Metodologia

#### 1. Equipamento e Técnica

A parametrização das diferentes técnicas ecográficas do pavimento pélvico (equipamento, preparação da doente, posição, técnica de exame e orientação da imagem, planos da imagem, medições) é essencial para a sua reproductibilidade.

Existem actualmente duas modalidades para a realização da ecografia do pavimento pélvico: ecografia transperineal e ecografia introital. Esta última permite imagens com maior resolução, no entanto, poderá ser menos eficaz na avaliação do efeito da manobra de Valsalva, por perda de contacto com as estruturas.

#### 2. Imagem na ecografia bidimensional

A imagem bidimensional (2D), num plano sagital médio, mostra-nos a sínfise púbica, uretra, colo vesical, bexiga, vagina, colo uterino, recto e o canal anal. Posteriormente à junção anorrectal, uma área hiperecogénica corresponde ao músculo puborrectal, a porção central do músculo elevador do ânus (Figura 5).

Planos parassagitais ou transversais, permitem a visualização do músculo puborrectal, sua inserção no ramo púbico e melhor avaliação de redes.



**Figura 5** – Plano sagital médio do pavimento pélvico em ecografia 2D. B: bexiga, CA: canal anal, LA: elevador do ânus, S: sínfise púbica, R: recto, U: Uretra, V: vagina.

### 3. Imagem na ecografia tridimensional

A introdução da ecografia a 3 e 4 dimensões (3D e 4D) teve um grande impacto na avaliação do pavimento pélvico, contribuindo para a redução do efeito operador-dependente inerente à ecografia bidimensional. A ecografia tridimensional permite acrescentar o plano axial e avaliar o hiato urogenital e os músculos elevadores do ânus.

A ecografia 4D implica a aquisição de volumes ecográficos em tempo real, permitindo avaliar a anatomia funcional desta região, através da realização de manobras como a contração do pavimento pélvico e a manobra de Valsalva. A possibilidade de avaliar as estruturas do pavimento pélvico em tempo real, 4D, torna esta técnica superior à ressonância magnética.

## Indicações na Incontinência Urinária

### 1. Determinação do volume residual pós miccional

A ecografia é a técnica de referência para medir o volume vesical e o volume residual pós-miccional. Os valores comparados com os obtidos com esvaziamento com sonda vesical são fidedignos e a técnica menos invasiva. Uma simples fórmula pode ser usada para determinar este va-

lor: Volume (ml) = (altura x comprimento x largura, em centímetros (cm)) x 0,7, em que 0,7 é o factor de correcção devido ao formato não esférico da bexiga. Uma outra fórmula também poderá ser usada: X (cm) x Y (cm) x 5.6 (em que X e Y correspondem às dimensões vesicais máximas na linha média, medidas perpendicularmente uma à outra, no plano sagital).

### 2. Avaliação da espessura da parede vesical

Foi demonstrado que uma espessura da parede vesical superior a 5 mm está muitas vezes associada a sintomas de BH. No entanto, os resultados continuam contraditórios, revelando grandes variações na sensibilidade e especificidade no diagnóstico de hiperactividade do detrusor. Não está provado o valor desta medição no diagnóstico e prognóstico da hiperactividade vesical.

### 3. Avaliação da uretra e áreas parauretrais

A avaliação estrutural da uretra e áreas parauretrais permite despistar a presença de divertículos uretrais e quistos parauretrais e do canal de Gartner. Também é possível visualizar a integridade do rabdoesfíncter.

### 4. Avaliação diagnóstica da incontinência urinária de esforço (IUE)

A ecografia do pavimento pélvico permite avaliar a posição e a mobilidade da uretra e do colo vesical, entre outras estruturas. A hiper mobilidade uretral que é avaliada com a manobra de Valsalva pode estar associada a IUE. No entanto ainda não estão bem definidos os valores de referência que se correlacionem com este diagnóstico.

Alguns autores referem que na prática clínica é mais importante uma uretra pouco móvel numa doente com IUE, pois poderá ser preditiva de maior risco de falha cirúrgica quando aplicada uma prótese suburetral.

O *funneling* uretral pode ser observado na ecografia e está frequentemente associado a IUE, no entanto também é encontrado em mulheres assintomáticas, pelo que o seu valor ainda não está demonstrado.

A ecografia também pode ser útil no tratamento conservador da IUE, ao ser usada durante a reabilitação para demonstrar às mulheres as contracções musculares incorrectas, funcionando como método de *biofeedback* visual.

## 5. Avaliação pós-operatória da correção da IUE com redes

As redes são facilmente visualizadas na ecografia, na avaliação do seu posicionamento e funcionalidade, o que confere vantagem a esta técnica relativamente a outras (nomeadamente a ressonância magnética). Revela-se um exame útil na abordagem das falhas cirúrgicas, disfunção miccional pós-operatória e outras complicações. De entre as características ecográficas associadas ao sucesso ou falha destas cirurgias destacam-se a posição da rede ao longo da uretra (se na uretra proximal ou distal, associada a recorrência de IUE ou retenção, respectivamente); a conformação da rede (plana ou em formato curvo em repouso); a distância da rede ao lúmen uretral no plano sagital; a distância da rede à sínfise púbica e a concordância do movimento da primeira com o movimento uretral durante a manobra de Valsalva, que reflectem o grau de tensão da rede.

### A Ecografia do Tracto Urinário Superior no estudo da Incontinência Urinária

Este exame está indicado na avaliação de patologia do tracto urinário superior nomeadamente na suspeita de incontinência extrauretral por anomalia anatómica, bexiga neurogénica, bexiga com baixa acomodação ou volumes residuais elevados, que podem estar relacionados com elevadas pressões de armazenamento e POP grave com possível hidronefrose associada (Tabela 7).

INDICAÇÕES PARA ECOGRAFIA DO TRACTO URINÁRIO SUPERIOR EAU GUIDELINES 2020	NE	GR
Hematúria	3	Fraco
Incontinência urinária neurogénica		
Incontinência associada a volumes residuais significativos		
Dor no flanco ou no rim		
Prolapso urogenital grave para exclusão de hidronefrose		
Suspeita de incontinência urinária extra-uretral		
Suspeita de ureter ectópico ou fístula ureterovaginal		

**Tabela 7** – Indicações para ecografia do tracto urinário superior.

## Recomendações das Associações Internacionais

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Usar a ecografia para avaliação do RPM	Forte
Não está indicada a realização de exames imagiológicos do tracto urinário superior ou inferior por rotina na avaliação da doente com IU.	Forte

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
A imagiologia é fiável na medição da mobilidade da uretra e do colo vesical, embora não haja evidência de benefício clínico para as doentes com IU.	2b
Não há evidência consistente de que a medição da espessura da parede da bexiga (detrusor) seja útil na abordagem da IU.	3

CONCLUSÕES ICS/ICUD 2017	NE	GR
A ecografia não está recomendada na avaliação inicial das doentes com IU ou POP.	3	C
A ecografia é um exame opcional na avaliação das doentes com IU e/ou POP recorrente ou complicado.	3	C
A ecografia está recomendada na determinação do RPM e na avaliação do treino dos músculos do pavimento pélvico.	2	B

### 3.B.7 – Cistoscopia

A uretrocistoscopia é o exame endoscópico da bexiga e da uretra. Lesões da bexiga são encontradas em menos de 2% das doentes com incontinência urinária.

INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES
Sintomas de esvaziamento (armazenamento ou obstrutivos)	Infecção do tracto urinário
Hematúria macro ou microscópica	Obstrução uretral completa
Fístulas urológicas	Coagulopatia grave
Divertículos uretrais ou da bexiga	
Anomalias congénitas do tracto urinário	
Colheita de amostras (estudos citológicos ou histológicos)	
Avaliação intra-operatória da uretra, bexiga e ureteres após alguns procedimentos de incontinência e prolapso	

**Tabela 8** – Indicações e contra-indicações da Cistoscopia

A persistência ou recorrência dos sintomas de IUE após tratamento, poderá condicionar a realização de uma cistoscopia e EUD para avaliar a integridade e função do tracto urinário inferior. No entanto, a cistoscopia não deverá ser realizada por rotina na avaliação da IUE persistente / recorrente. As indicações para o seu uso após uma cirurgia de correcção de IUE são a presença de sintomas e sinais sugestivos de corpo estranho intravesical ou de patologia vesical. Estes referem-se a dor ou desconforto inexplicados, sintomas irritativos ou dor na micção na ausência de infecção, infecções do tracto urinário recorrentes e/ou hematúria.

Perante o diagnóstico de fístula vesico-vaginal, a uretrocistoscopia permite localizar com precisão, a fístula na bexiga e auxiliar no planeamento da correcção cirúrgica. No caso de ureter ectópico, o seu diagnóstico é habitualmente imagiológico, mas a uretrocistoscopia pode identificar o local exacto de saída do orifício ureteral e contribuir para o planeamento da cirurgia.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAL CONSULTATION ON UROLOGICAL DISEASES (ICS/ICUD) 2017	NE	GR
Por rotina não está indicada na avaliação inicial da doente com IU não complicada.	3	C
Deve ser ponderada para excluir outros diagnósticos, na hematúria microscópica (tumores da bexiga, cistite intersticial), em lesões recorrentes ou iatrogénicas, e quando se planeia cirurgia.	3	C
Avaliação de fistulas vesico-vaginais e na IU extra-uretral (ex: ureter ectópico).	3	C
Sintomas de urgência de novo, alterações de esvaziamento, ITU'S de repetição, para excluir causas morfológicas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Tumores;</li><li>• Cálculos vesicais;</li><li>• Estenose uretral;</li><li>• Alterações crónicas da superfície da bexiga.</li></ul>	3	C

A antibioterapia profiláctica deverá ser realizada na presença de factores de risco para infecção do tracto urinário: idade avançada, alterações anatómicas, mau estado nutricional, tabaco, uso prolongado de corticóides, imunodeficiência, cateteres permanentes, infecção coexistente e hospitalização prolongada. Alguns autores defendem esta profilaxia sempre que se opte pelo cistoscópio rígido.

### Bibliografia

Gerber GS, Brendler CB. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination and urinalysis. In: Walsh PC (Ed). *Campbell's Urology 8th Edition* 2002 (83-110), Philadelphia: Saunders.

Diaz D, Robinson D (2017) Initial Assessment of Urinary Incontinence in Adult Male and Female Patients. In Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan Wein (Eds) *Incontinence 6th Edition* 2017 (516-547), ICUD ICS.

Bradbury SM. Collection of urine specimens in general practice: to clean or not to clean? *JR Coll Gen Pract* 1988;38(313):363-365.

Lifshitz E, Kramer L. Outpatient urine culture: does collection technique matter? *Arch Intern Med* 2000;160(16):2537-2540.

Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;122(6):439-449.

DuBeau CE, Resnick NM. Evaluation of the causes and severity of geriatric incontinence. A critical appraisal. *Urol Clin North Am* 1991;18(2):243-256.

Ouslander JG et al. Pyuria among chronically incontinent but otherwise asymptomatic nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44(4):420-423.

Wolfe AJ, Brubaker L. "Sterile Urine" and the Presence of Bacteria. *Eur Urol* 2015;68(2):173-174.

Siddiqui H et al. Assessing diversity of the female urine microbiota by high throughput sequencing of 16S rDNA amplicons. *BMC Microbiol* 2011;11:244.

Pearce MM et al. The female urinary microbiome in urgency urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(3):347.e1-11.

Guerette N, Sands D, Davila GW. Primary Evaluation of the Pelvic Floor. In Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD (Eds) *Pelvic Floor Dysfunction: A Multidisciplinary Approach* 2006; 27-34. USA, Springer

Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int* 2016;117:20-33

Holroyd-Leduc JM et al. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA* 2008;299(12):1446-1456.

Bright E et al. Urinary diaries: evidence for the development and validation of diary content, format and duration. *Neurourol Urodyn* 2011;30(3):348-352.

Tannenbaum C, Corcos J. Outcomes in urinary incontinence: reconciling clinical relevance with scientific rigour. *Eur Urol* 2008;53(6):1151-1161.

Quinn P et al. Assessment of an electronic daily diary in patients with overactive bladder. *BJU Int* 2003;91(7):647-652.

Rabin JM et al. Computerized voiding diary. *Neurourol Urodyn* 1993;12(6):541-553.

Rabin JM et al. A Computerized voiding diary. *J Reprod Med* 1996;41(11):801-806.

Rabin JM et al. "Compu-Void II": the computerized voiding diary. *J Med Syst* 1996;20(1):19-34.

Brown JS et al. Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology* 2003;61(4):802-809.

Aslan E et al. An assessment of the importance of pad testing in stress urinary incontinence and the effects of incontinence on the life quality of women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:316-320.

Franco AV et al. Is there an alternative to pad tests? Correlation of subjective variables of severity of urinary loss to the 1h pad test in women with stress urinary incontinence. *BJU Int* 2008;102:586-590.

Blackwell AL et al. Criterion validity, test-retest reliability and sensitivity to change of the St George Urinary Incontinence Score. *BJU Int* 2004;93:331-335.

Ward KL, Hilton P, UK and Ireland TVT Trial Group. A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:324-331.

Jackson S. Stress urinary incontinence: new management options. *Curr Med Res Opin* 2005;21(10):1669-1675.

Coyne KS et al. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol* 2012;61(1):88-95.

Bernards AT et al. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *Int Urogynecol J* 2014;25(2):171-179.

Mota RL. Female urinary incontinence and sexuality. *Int Braz J Urol* 2017;43(1):20-28.

Da Roza T et al. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence in young, nulliparous sport students: a pilot study. *Int Urogynecol J* 2012;23(8):1069-1073.

Viana R et al. Fisioterapia na autoestima de mulheres com incontinência urinária: estudo longitudinal. *Psicologia, Saúde & Doenças*.2014;15:169-178.

Tamanini JT et al. Validation of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire for urinary incontinent women. *Rev Saude Publica* 2003;37(2):203-211.

Tamanini JT et al. Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saude Publica* 2004;38(3):438-444.

Souza CC et al. Portuguese validation of the Urinary Incontinence-Specific Quality-of-Life Instrument: I-QOL. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(10):183-189.

Viana R et al. Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2015;26(7):1027-33.

Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(2):363-79.

Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan Wein. Incontinence, 6th Edition 2017;599-670.

Renée Ward. Variables affecting maximum urethral closure pressure (MUCP) and abdominal leak point pressure (ALPP) measurements.. *Int Urogynecol J* 2017;28:1651-1656.

Linda Cardoso et al. *Textbook of female Urology and Urogynecology*, 3th edition 2010.

Hashim Hashim et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodynam* 2016;9999:1-18.

Abrams et al. *Urodynamics*, 3th Edition 2006.

Abrams PH, Feneley RCL. The significance of the symptoms associated with bladder outflow obstruction. *Urol Int* 1978;33:171-174.

Andersen JT, Nordling J, Walter S. The correlation between symptoms, cystometric and urodynamic findings. *Scand J Urol* 1979;13:229-236.

Bates CP, Whiteside CG, Turner Warwick R. Synchronous urine pressure flow Cystourethrography with special reference to stress and urge incontinence. *Br J Urol* 1970;42:714-723.

Jarvis GJ, Hall S, Stamp S, Miller DR, Johansson A. An assessment of urodynamic examination in incontinence women. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87:873-896.

Powell PH, Shepherd AM, Lewis P, Feneley RCL. The accuracy of clinical diagnosis assessed urodynamically. *Proceedings 10th meeting ICS Los Angeles 1980:3-4.*

FC Burkhard, JLHR Bosch, F Cruz, GE Lemack, AK Nambiar, N Thiruchelvam, A Tubaro. *European Association of Urology. Guidelines on Urinary Incontinence on adults 2020.*

Van der Ploeg JM, Van der Steen A, Oude Rengerink K, Van der Vaart CH, Roovers JP. POP surgery with or without stress incontinence surgery for POP: a systematic review and metaanalysis of randomised trials. *BJOG* 2014 Apr;121(5):537-547.

Giarenis I, Zacchè M, Robinson D, Cardozo L. Is there any association between urodynamic variables and severity of overactive bladder in women with idiopathic detrusor overactivity? *Neurourol Urodyn* 2017 Mar;36(3):780-783.

Serati M, Cattoni E, Siesto G, Braga A, Sorice P, Cantaluppi S, Cromi A, Ghezzi F, Vitobello D, Bolis P, Salvatore S. Urodynamic evaluation: can it prevent the need for surgical intervention in women with apparent pure stress urinary incontinence? *BJU Int* 2013 Aug;112(4):344-50.

Serati M, Braga A, Athanasiou S, Tommaselli GA, Caccia G, Torella M, Ghezzi F, Salvatore S. Tension-free Vaginal Tape-Obturator for Treatment of Pure Urodynamic Stress

Urinary Incontinence: Efficacy and Adverse Effects at 10-year Follow-up. *European Urology* 2017;71:674–679.

HP Dietz. The evolution of ultrasound in urogynecology. *Ultrasound Obstet. Gynecol Dec.* 2010;36 (6):655–657.

M Bogusiewicz. Ultrasound Imaging in Urogynecology – state of the art 2016. *Prz. menopauzalny Menopause Rev.* 2016;15 (3):123–132.

P Abrams, L Cardozo, A Wagg, A Wein. Committee 7 – Imaging, neurophysiological testing and other tests in Incontinence 2017:671–804.

G Schaer et al. Recommendations of the German Association of Urogynecology on functional sonography of the lower female urinary tract. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7(2):105–108.

R Tunn et al. Interdisciplinary S2k Guideline: Sonography in Urogynecology Interdisziplinäre S2k-Leitlinie: Sonografie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik 1 General Recommendation. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2014;74(12):1093–1098.

BT Haylen et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2010;21(1):5–26.

GA Santoro et al. State of the art: an integrated approach to pelvic floor ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37(4):381–396.

HP Dietz. *Pelvic Floor Ultrasound-Atlas and Textbook* 2016.

R Tunn et al. Updated recommendations on ultrasonography in urogynecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(3):236–241.

HP Dietz. Pelvic floor ultrasound: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(4):321–334.

HP Dietz, D Velez, KL Shek, A Martin. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. *Int Urogynecol J* 2012;23(12):1749–1752.

O Lekskulchai, HP Dietz. Detrusor wall thickness as a test for detrusor overactivity in women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;32(4):535–539.

PM Latthe, R Champaneria, KS Khan. Systematic review of the accuracy of ultrasound as the method of measuring bladder wall thickness in the diagnosis of detrusor overactivity. *Int Urogynecol J* 2010;21(8):1019–1024.

Serati, S, Salvatore, E Cattoni, M Soligo, A Cromi, F Ghezzi. Ultrasound measurement of bladder wall thickness in different forms of detrusor overactivity. *Int Urogynecol J* 2010;21(11):1405–1411.

HP Dietz, K Nazemian, KL Shek, A Martin. Can urodynamic stress incontinence be diagnosed by ultrasound? *Int Urogynecol J* 2013;24(8):1399–1403.

C Lewicky-Gaupp et al. The cough game: are there characteristic urethrovesical movement patterns associated with stress incontinence? *Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(2):171–175.

Hegde M Nogueiras, VC Aguilar, G.W Davila. Dynamic assessment of sling function on transperineal ultrasound: does it correlate with outcomes 1 year following surgery? *Int Urogynecol J* 2017;28 (6): 857–864.

HP Dietz, PD Wilson. The 'iris effect': how two-dimensional and three-dimensional ultrasound can help us understand anti-incontinence procedures *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):267–271.

J Kociszewski, O Rautenberg, S Kolben, J Eberhard, R Hilgers, V Viereck. Tape functionality: position, change in shape, and outcome after TVT procedure—mid-term results. *Int Urogynecol J* 2010;21(7):795–800.

J Kociszewski et al. Are complications of stress urinary incontinence surgery procedures associated with the position of the sling? *Int J Urol* 2017;24(2):145–150.

G Ghoniem et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *Int Urogynecol J* 2008;19(1):5–33.

K Fok, Cynthia S, Kenton W. Diagnostic cystourethroscopy for gynecologic conditions. *UpToDate* 2018:1–20.

C Kobashi et al. "Surgical treatment of female stress urinary incontinence- AUA/SUFU guideline. *Am Urol Assoc Educ Res Inc* 2017.

P Abrams, L Cardozo, A Wagg, A Wein. Committee 7 – Imaging, neurophysiological testing and other tests. in *Incontinence* 2017:671–804.

M Bettez et al. 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *J Can Urol Assoc* 2012;6(5):354–363.

C Reisenauer, C Muche-Borowski, C Anthuber, D Finas, T Fink. Interdisciplinary S2e Guideline for the Diagnosis and Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2013;73: 899–903.

D Morgan. Stress urinary incontinence in women: persistent/recurrent symptoms after surgical treatment. *UpToDate* 2018.

M Lyttle, G. Fowle. Cystoscopy for the gynaecologist: how to do a cystoscopy. *Obstet Gynaecol* 2017;19 (3):236–240.

## 4 – TRATAMENTO CONSERVADOR

Como tratamento conservador da IU entende-se toda a intervenção que não englobe abordagem cirúrgica ou farmacológica. Habitualmente de baixo custo, são tratamentos não invasivos, com poucos efeitos adversos, orientados por um profissional de saúde e dependentes da participação da doente. Devem fazer parte da abordagem terapêutica inicial das doentes com IU e estão indicados nas doentes com contraindicação cirúrgica / farmacológica, que recusam outros tratamentos, enquanto aguardam cirurgia e em doentes que pretendam engravidar.

### 1. Alterações do Estilo de Vida

ESTILO DE VIDA	EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Perda de peso	Obesidade: Pressão intra-abdominal mais elevada – enfraquece estruturas de suporte pélvico.	1b	A
	Por cada Kg perdido, redução de 3% na probabilidade de IU em 1 ano.	1	A
	Perda de peso não cirúrgica recomendada.	1	A
Exercício físico	Exercício moderado diminui incidência de IU.	2b	B
	Exercício com pesos elevados – predispõe IU e POP.	3	C
Tabaco	Aumenta o risco de IU. Frequência urinária, melhora com abstinência.	4	C
Modificações da dieta	Alterações na dieta e supressão de ingestão de caféina diminuem episódios de IUU.	2	B
	Ingestão de líquidos – papel <i>minor</i> na IU. Restrição de líquidos – desaconselhada por risco de desidratação. Redução de 25% – desde que o total não seja inferior a 1l/dia. Na noctúria – reduzir ou restringir líquidos após o jantar.	2	B
Obstipação	Maior risco de IU. Aconselháveis medidas para regularizar trânsito intestinal.	3	C

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
Existe falta de evidência de que a melhoria de qualquer condição, à exceção da perda de peso, esteja associada com melhoria da IU	3
A obesidade é um factor de risco nas mulheres	1b
A perda de peso, não cirúrgica em mulheres com excesso de peso e obesas, melhora a IU	1a
Perda de peso por cirurgia melhora a IU nas mulheres	1b
Perda de peso em mulheres obesas com diabetes mellitus reduz o risco de desenvolver IU	1b
Existe falta de evidência de que a alteração de medicação habitual não relacionada com a incontinência possa melhorar ou curar os sintomas de IU	3
Há associação consistente entre história de obstipação e o desenvolvimento de IU e POP	3
Não há evidência consistente, em adultos, de que o tratamento da obstipação por si só, melhore a IUE	4
Redução da ingestão de cafeína não melhora a IU	2
Redução da ingestão de cafeína pode melhorar os sintomas de urgência e frequência	2
Existe evidência contraditória acerca da possibilidade da alteração da ingestão de fluidos melhorar a IU	2
Não existe evidência de que a cessação tabágica melhore os sintomas de IU	4

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Pacientes com IU associada a comorbidades devem ter o tratamento apropriado para a sua patologia de acordo com as boas práticas médicas	Forte
Obter a história da medicação em uso em todas as doentes com IU	Forte
Rever toda a medicação associada com o desenvolvimento ou agravamento de IU	Fraco
Adultos com IU que também sofram de obstipação devem ser aconselhadas sobre a melhoria dos hábitos intestinais, segundo as boas práticas médicas	Forte
Encorajar mulheres com excesso de peso e obesas com IU, a perder peso e a mantê-lo	Forte
Informar as doentes com IU de que reduzir a ingestão de cafeína pode melhorar os sintomas de urgência e frequência, mas não a incontinência	Forte
Rever a quantidade e o tipo de ingestão líquida em pacientes com IU	Fraco
Fornecer estratégias de cessação tabágica a pacientes fumadoras com IU	Forte

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
O treino vesical é eficaz para melhorar a IU nas mulheres	1b
A eficácia do treino vesical diminui depois da cessação do tratamento	2
O benefício comparativo entre treino vesical e medicação para a melhoria da IUU permanece incerto	2
A combinação de treino vesical com antimuscarínicos não resulta numa melhoria superior da IU, mas pode melhorar a frequência e a noctúria	1b
O treino vesical é melhor do que o pessário usado isoladamente	1b
Micção programada, isoladamente ou como parte de programa de modificação comportamental, melhora a continência em idosas, dependentes de cuidadores	1b

## 2. Exercícios dos Músculos do Pavimento Pélvico – Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)

Elemento chave no tratamento da IU, uma vez que a integridade dos músculos do pavimento pélvico é essencial ao mecanismo de continência. São exercícios para melhoria da força, *endurance*, resistência, relaxamento ou uma combinação de vários destes parâmetros, muito dependentes da adesão da doente durante e após a intervenção.

Os PFMT devem ser recomendados como tratamento conservador de primeira linha em mulheres de todas as idades com qualquer tipo de IU. O seu benefício foi demonstrado, independentemente da idade e do tipo de IU, em múltiplos contextos culturais, através de diversos protocolos.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Demonstrada a sua eficácia na prevenção primária da IU durante a gravidez, sendo que o exercício supervisionado tem melhores resultados.	1	A
Deve ser proposto a todas as mulheres grávidas continentas um programa intensivo de PFMT supervisionado para prevenção de IU pré e pós-parto e a todas as mulheres com IU persistente 3 meses após o parto como tratamento conservador de primeira linha.	1	A
Os PFMT podem prevenir a IU em mulheres mais velhas.	2	B

Um dos protocolos descritos consiste em realizar 3 séries de 8 a 12 contracções sustentadas dos músculos do pavimento pélvico, de 8 a 10 segundos cada, 3 vezes por dia, durante pelo menos 15 a 20 semanas. A contracção correcta da musculatura pélvica é essencial (podendo ser avaliada no exame ginecológico), pelo que as doentes com dificuldades na sua execução devem ser propostas para PFMT supervisionados ou associados a *biofeedback*, a estimulação eléctrica ou a cones vaginais.

Na insuficiência muscular dos elevadores do ânus o grande objectivo do exercício é conseguir que o pavimento pélvico fique numa posição permanentemente mais elevada por forma a responder adequada e rapidamente ao aumento da pressão intra-abdominal.

A contracção do pavimento pélvico também reduz a hiperactividade do detrusor diminuindo a IUU.

### 3. *Biofeedback* (BFB)

O *biofeedback* funciona como adjuvante dos PFMT. O objectivo da associação dos PFMT ao BFB é consciencializar as doentes da função muscular, motivando e melhorando o seu esforço durante os exercícios. O BFB pode ser visual, sonoro ou uma combinação de ambos.

O BFB pode ser efectuado por electromiografia ou por manometria. No primeiro caso a contracção muscular é captada pelos eléctrodos de uma sonda endovaginal ou por eléctrodos de superfície colocados no períneo. Na manometria, a sonda vaginal quantifica a pressão da contracção dos músculos elevadores do ânus (EA).

A visualização da contracção muscular durante as sessões de BFB, corrige a utilização dos EA e melhora a intensidade, duração e rapidez da contracção destes músculos. O BFB permite também corrigir a utilização errada dos músculos abdominais, glúteos e adutores das coxas. Habitualmente é prescrito em pacientes com força dos EA inferior ou igual a 3 e quando existe dificuldade na contracção correcta dos EA. Está contra-indicado na presença de prolapso superiores a grau 2 e se houver infecção ou inflamação local.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

EVIDÊNCIA	NE
Os estudos não demonstram diferenças estatisticamente significativas na taxa de cura, melhoria dos sintomas ou diminuição dos episódios de perda nas doentes submetidas a PFMT com ou sem BFB, quer em ambulatório quer supervisionada.	1

RECOMENDAÇÃO	GR
Não há benefício claro na associação de BFB à realização de PFMT em ambulatório ou supervisionada.	A/B

### 4. Cones Vaginais

O recurso a cones vaginais tem como objectivo o fortalecimento progressivo da musculatura pélvica. Cada cone deve ser introduzido na vagina e ser mantido pelo menos durante um minuto, enquanto a doente se mantém em pé ou deambula. O tempo e o peso dos cones devem ir aumentando, de forma a que a doente realize as actividades de vida diárias mantendo o cone na vagina durante 20 minutos.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Estudos mostraram que sessões de treino com cones vaginais supervisionadas por um profissional de saúde apresentam melhoria dos sintomas, da qualidade de vida e da taxa de cura, em mulheres com IUE, comparativamente ao grupo controlo, sendo esta abordagem de primeira linha para mulheres com IUE que estejam preparadas e sejam capazes de os usar.	1	B
Parece não haver benefício em adicionar PFMT ao uso de cones vaginais em mulheres com IUE, pelo que não está recomendada a sua associação.	2	C

O uso de cones vaginais pode ser desaconselhado, pelos efeitos adversos reportados, como vaginite, perda hemática, dor ou desconforto vaginal. Também estão descritos casos de dificuldade na introdução (ex. POP) ou mesmo retenção do cone.

### 5. Estimulação Eléctrica (EE)

Tem como objectivo aumentar a propriocepção e/ou melhorar a função dos músculos do pavimento pélvico na IUE e inibir a hiperactividade do

detrusor na IU, sendo o mecanismo de acção dependente da etiologia e das estruturas alvo (músculos do pavimento pélvico ou detrusor, sistema nervoso periférico ou central). A corrente utilizada é habitualmente bifásica interrompida e os programas de electroestimulação são construídos com diferentes frequências, intensidades, tempos de trabalho e tempos repouso, de acordo com o objectivo pretendido. Os efeitos adversos são pouco comuns, mas algumas doentes referem desconforto e perda hemática vaginal associados ao dispositivo.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
A EE parece ser mais eficaz na melhoria da qualidade de vida em doentes com IUE e na melhoria dos sintomas de IUE e IUU quando comparada com nenhum tratamento.	2	B
Também pode ser considerada uma alternativa ao tratamento médico da IUU, embora este último pareça ser mais eficaz.	2	B
A associação da EE aos PFMT quando comparada com os PFMT isolados não mostrou qualquer benefício.	2	B

Em mulheres com IUE a EE máxima em ambiente clínico está associada a melhoria dos sintomas, comparando com a EE diária de baixa intensidade em ambulatório. Os dados actuais acerca da EE quando comparados com outros tratamentos são limitados, sendo necessários estudos de maior qualidade nesta área. A electroestimulação é prescrita quando o teste muscular dos EA é igual ou inferior a 2. Está contra-indicada na gravidez, na presença de *pacemakers*, desfibriladores, infecções ou inflamações locais e em RPM significativo.

## 6. Estimulação do Nervo Tibial Posterior – Posterior Tibial Nerve Stimulation (PTNS)

A estimulação do nervo tibial posterior é uma forma de neuromodulação periférica cujo objectivo é melhorar os sintomas associados à BH e à IUU. O plexo nervoso sagrado é alcançado por estimulação eléctrica intermitente do nervo tibial posterior, um nervo misto, que se situa atrás do maléolo medial, e contém fibras motoras e sensitivas (L5-S3). Pode ser realizada de forma minimamente invasiva, via percutânea, ou não invasiva,

via transcutânea, na região maleolar interna, sendo que o seu mecanismo de acção ainda não está completamente compreendido. Estudos urodinâmicos mostram que a PTNS aumenta a capacidade cistométrica e a inibição das contracções do detrusor. A transcutânea utiliza eléctrodos de superfície colocados no nervo tibial posterior ficando o eléctrodo negativo na região retro maleolar e o eléctrodo positivo, 10 cm acima. Na percutânea o nervo é estimulado com eléctrodo de agulha, inserido 3 a 5 cm acima do maléolo medial. A PTNS está contra-indicada na gravidez, na presença de *pacemakers*, desfibriladores, lesão do tibial posterior e nas coagulopatias no caso da estimulação percutânea.

Segundo a ICS, a estimulação do tibial posterior deve ser considerada na IUU e na urgência urinária, desde que associada ao reforço do pavimento pélvico e ao treino vesical, ou combinada com tratamento farmacológico.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Em mulheres com IUU ou BH a PTNS parece ser mais eficaz na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida do que não tratar, constituindo uma indicação para tratamento nestes casos.	2	C
Os estudos disponíveis não mostraram efeitos adversos sérios.	2	
Não há dados relativos ao impacto na taxa de cura de IUU ou de IUE. Quando comparada com tratamento farmacológico em mulheres com IUU e BH, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida; no entanto a PTNS deve ser considerada como tratamento, pois está associada a menos efeitos adversos e menor incómodo.		B
A PTNS mostrou melhoria dos sintomas e da qualidade de vida quando combinada com outras terapêuticas conservadoras em mulheres com IUU, e melhoria da qualidade de vida quando combinada com o tratamento farmacológico em mulheres com BH, pelo que deve ser considerada em intervenções combinadas para controlo dos sintomas nestas situações.	2	B

## 7. Estimulação Magnética Extracorporal (EME)

A estimulação magnética extracorporal tem como objectivo a estimulação não invasiva, dos músculos do pavimento pélvico e das raízes dos nervos sagrados. A doente é posicionada numa cadeira com um gerador

de campo magnético, não sendo necessário contacto directo com a pele, nem a inserção de sondas na vagina ou no ânus. Podem ser obrigatórias várias sessões de tratamento em ambiente hospitalar. Os efeitos adversos parecem pouco comuns. O seu mecanismo de acção não é totalmente compreendido mas pensa-se que, na IUE, a estimulação dos músculos do pavimento pélvico provoque contracção do esfíncter externo, actue como exercício passivo destes músculos e aumente a MUCP. Já na IUU pensa-se que a EME iniba a hiperactividade do detrusor através da activação dos aferentes do nervo pudendo, bloqueando as fibras parassimpáticas do detrusor a nível do arco espinal reflexo.

EVIDÊNCIAS	NE
Em mulheres com IUE os dados sugerem que a EME pode ser mais benéfica na melhoria dos sintomas do que nenhum tratamento. O impacto na qualidade de vida foi contraditório.	2
Na IUU foi demonstrada melhoria da qualidade de vida com EME quando comparada a nenhum tratamento.	2
RECOMENDAÇÃO	GR
A evidência científica existente acerca da EME no tratamento da IU é limitada e contraditória pelo que não é possível fazer recomendações baseadas nos dados actuais.	D

## 8. Micção por Horário

A micção por horário implica a doente urinar a horas fixas e engloba vários regimes: treino vesical (micção por horário com intervalos entre micções progressivamente maiores), *timed voiding* (horário de micções fixo durante todo o tratamento), *habit training* (horário de micção de acordo com o padrão do doente, baseado no diário miccional) e *prompted voiding* (programa de educação de cuidadores associado a micções por horário, habitualmente cada 2 horas).

O treino vesical tem como objectivo corrigir hábitos associados a frequência urinária, melhorar o controlo sobre a urgência, prolongar os intervalos entre micções, aumentar a capacidade vesical, reduzir os episódios de incontinência e restaurar a confiança da doente no controlo da função

vesical. Os programas de treino vesical podem diferir em alguns aspectos, mas, de forma geral, as doentes devem realizar um diário miccional, identificar o intervalo de tempo mais curto entre micções e posteriormente urinar por horários durante o dia, em intervalos regulares, inicialmente correspondentes ao intervalo entre micções mais curto identificado. Os sintomas de urgência entre micções devem ser controlados com técnicas para inibir a urgência e a contracção vesical, como a contracção dos músculos do pavimento pélvico, a pressão perineal, o relaxamento, a respiração profunda, a flexão plantar, entre outras. Quando não se registarem perdas de urina durante um dia, com o intervalo previamente estabelecido, este deve aumentar 15 minutos e assim sucessivamente até a doente urinar em intervalos de 2 a 3 horas, sem sintomas de urgência ou incontinência.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Pode demorar 6 meses até ser evidente o benefício do treino, sendo essencial o suporte e encorajamento da doente, por parte de um profissional de saúde qualificado, assim como a frequente monitorização do progresso e o ajuste dos intervalos miccionais.	4	
Existe evidência, apesar de limitada, de que o treino vesical pode ser um tratamento eficaz na IUE, IUU e IUM e, portanto, deve ser recomendado como tratamento conservador de primeira linha em mulheres com IU.	1	A
Quando associado aos PFMT podem melhorar os resultados a curto prazo, no entanto os resultados não persistem mais de 3 meses. Os estudos disponíveis suportam a combinação de ambos para melhoria dos resultados a curto prazo.	2	C
Comparando o tratamento farmacológico com o treino vesical não é claro qual das terapêuticas é mais eficaz em mulheres com IUU ou BH. Também não foi comprovado benefício na associação de ambos os tratamentos, pelo que a sua associação não está recomendada.	2	B
Estudos comprovam que o treino vesical melhora a frequência e a noctúria, mas não é claro se é mais eficaz que o tratamento médico em ambas as situações.	1/2	
O treino vesical deve ser proposto como tratamento às mulheres com frequência e noctúria, mas tanto o treino vesical como os anticolinérgicos são igualmente eficazes.	2	B

## 9. Estrogénios Tópicos

A aplicação vaginal de estrogénios pode ser considerada em mulheres na peri ou pós-menopausa com IU e atrofia vaginal. É aconselhado o uso de creme, gel ou comprimido vaginal duas vezes por semana. Na dosagem recomendada e segundo este esquema, a absorção sistémica é baixa e está associada a poucas complicações. O benefício do tratamento pode demorar 3 meses até ser evidente e algumas doentes podem necessitar de aplicações mais frequentes. Não é recomendada terapêutica oral com estrogénios para o tratamento da IU, havendo estudos que sugerem que a terapêutica hormonal sistémica pode provocar o seu agravamento.

## 10. Pessários

Os pessários são dispositivos vaginais que constituem uma alternativa terapêutica em mulheres com IU ou POP. Anatomicamente, os pessários aumentam o suporte da uretra, diminuem o ângulo uretrovesical posterior, elevam o colo vesical e aumentam o comprimento da uretra. Estudos urodinâmicos de mulheres com IUE tratadas com pessários reportam aumento do comprimento funcional da uretra, aumento da pressão de encerramento uretral e ausência de obstrução uretral.

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NE	GR
<p>Parece haver algum benefício dos PFMT comparativamente ao uso de pessários isoladamente nas mulheres com IUE, contudo a evidência não é suficientemente forte para permitir recomendar um tratamento em vez do outro.</p> <p>Ambos são eficazes como terapêutica conservadora de primeira linha em mulheres com IUE.</p>	2	D

## 11. Medicinas Alternativas e Complementares

Os estudos disponíveis sobre este tema são poucos, mas com tendência a aumentar. São consideradas medicinas alternativas e complementares a acupuntura, técnicas de relaxamento, meditação e suplementos naturais. Destas, apenas a acupuntura apresenta estudos suficientes para poderem ser elaboradas algumas recomendações.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
Um estudo demonstrou que a acupunctura parece ser melhor do que o tratamento farmacológico na IUE, no entanto dada a escassez de estudos de qualidade não é possível recomendar a acupunctura para o tratamento da IUE.	2	B
No que diz respeito à IUU, alguns estudos demonstraram resultados sobreponíveis para a acupunctura e tratamento farmacológico, sendo que ambos poderão ser opção de tratamento nas mulheres com IUU, IUM ou BH.	2	B

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
PFMT é melhor do que nenhum tratamento, para melhorar a IU e a qualidade de vida em mulheres com IUE e IUU	1
Treino muscular de alta intensidade juntamente com biofeedback, conferem maior benefício em mulheres que recebem PFMT	1
Os benefícios a curto prazo do PFMT, não se mantêm aos 15 anos de <i>follow-up</i>	2
PFMT iniciado no pós-parto imediato, melhora a IU até cerca de 12 meses	1
PFMT parece ser menos efectivo para a IUM do que para a IUE isolada	2
A EE é igualmente efectiva para a IUM e a IUE	1b
Em adultas com IU, a EE, pode melhorar a IU comparada com placebo e antimuscarínicos	2
EE pode acrescentar benefício ao PFMT a curto prazo	2
PTNS parece ser efectiva na melhoria da IUU em mulheres que não tenham obtido benefício da terapêutica com antimuscarínicos	2b
Um programa de manutenção de PTNS percutânea, demonstrou eficácia superior a 3 anos	1b
PTNS tem eficácia comparável à terapêutica com tolterodina na melhoria da IUU, na mulher	1b
Não existem efeitos secundários graves reportados para a PTNS na IUU	3
Existe evidência limitada sobre a eficácia da PTNS transcutânea	2a
Não existe evidência de que a PTNS percutânea cure a IU	2b

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Oferecer micção por horário a mulheres com IU que estão cognitivamente diminuídas	Forte
Oferecer treino vesical como tratamento de primeira linha para adultos com IUU e IUM	Forte
Oferecer PFMT supervisionado, durante pelo menos 3 meses, como primeira linha de tratamento para todas as mulheres com IUE ou IUM (incluindo as crianças e as idosas)	Forte
Assegurar que os programas de PFMT são o mais intensivos possível	Forte
Não oferecer estimulação elétrica com eletrodos de superfície (anal, vaginal, pele), isoladamente para o tratamento da IUE	Forte
Não oferecer estimulação magnética para o tratamento da IU ou bexiga hiperactiva nas mulheres	Forte
Considerar a PTNS como uma opção de tratamento da IUU em mulheres que não tenham melhorado com medicação antimuscarínica	Forte
Tratar primeiro o sintoma que mais incomoda as pacientes com IUM	Forte

## Bibliografia

Amarenco G, Ismael SS, Even-Schneider A, Raibaut P, Demaille-Wlodyka S, Parratte B et al. Urodynamic effect of acute transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in overactive bladder. *The J Urology* 2003;169(6):2210-2215.

Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(9):1251-1259.

Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 2015.

Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, Bortolini M, Dumoulin C, Gomes M, McClurg D, Meijlink J, Shelly E, Trabuco E, Walker C, Wells A. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2017 Feb;28(2):191-213.

Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318(7182):487-493.

But I. Conservative treatment of female urinary incontinence with functional magnetic stimulation. *Urology* 2003;61(3):558-561.

Cody JD, Jacobs ML, Richardson K et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD001405.

Craggs MD, Sheriff MKM, Shah PJR, Fowler CJ, Petersen T. Response to multipulse magnetic stimulation of spinal nerve roots mapped over the sacrum in man (Abstract). *Journal of Physiology* 1995;483(Suppl):127P-128P.

Cruz C, Riesco ML, Zanetti M. Supervised pelvic floor muscle training to treat urinary incontinence during pregnancy: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2014;33(6(Abstract#403)):867-868.

Diokno AC, Sampsel CM, Herzog AR, Raghunathan TE, Hines S, Messer K, et al. Prevention of urinary incontinence by behavioral modification program: a randomized, controlled trial among older women in the community. *The J Urology* 2004;171(3):1165-1671.

Dumoulin C, Adewuyi T, Booth J, Bradley C, Burgio K, Hagen S et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editors. *Incontinence, 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo September, 2016 Tokyo; ICUD ICS:1443-1628.*

Ferreira M, Clara P, Duarte JA, Rodrigues R. Exercise programmes for women with stress urinary incontinence. *Primary Health Care*; 2012;22(3):24-27.

Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P. Percutaneous tibial nerve stimulation effects on detrusor overactivity incontinence are not due to a placebo effect: a randomized, double blind, placebo controlled trial. *Journal of Urology* 2010;184(5):2001-2006.

Galea M, Tisseverasinghe S, Sherburn M. A randomised controlled trial of transabdominal ultrasound biofeedback for pelvic floor muscle training in older women with urinary incontinence. *Australian and New Zealand Continence Journal* 2013;19(2):38-44.

Gibson W, Hunter KF, Camicioli R et al. The association between lower urinary tract symptoms and falls: Forming a theoretical model for a research agenda. *Neurourol Urodyn* 2018;37(1):508-509.

Gleason JL, Richter HE, Redden DT et al. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J* 2013; 24:295-308.

Golmakani N, Khadem N, Arabipoor A, Kerigh BF, Esmaily H. Behavioral Intervention Program versus Vaginal Cones on Stress Urinary Incontinence and Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *Oman Med J* 2014;29(1):32-38.

Goode PS, Burgio KL, Locher JL, Roth DL, Umlauf MG, Richter HE et al. Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290(3):345-352.

Hay-Smith J, Berghmans BK et al. Adult conservative management. In: *Incontinence*, 4th Ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publications Ltd, Paris 2009:1025.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):4-20.

Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD002114.

Hirakawa T, Suzuki S, Kato K, Gotoh M, Yoshikawa Y. Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training with or without biofeedback for urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013;24(8):1347-1354.

Huebner M, Riegel K, Hinninghofen H, Wallwiener D, Tunn R, Reisenauer C. Pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized, controlled trial comparing different conservative therapies. *Physiother Res Int* 2011;16(3):133-140.

Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; CD003505.

Kafri R, Deutscher D, Shames J, Golomb J, Melzer I. Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1-year follow-up. *Int Urogynecol J* 2013;24(7):1181-1189.

Kenton K, Barber M, Wang L, Hsu Y, Rahn D, Whitcomb E et al. Pelvic floor symptoms improve similarly after pessary and behavioural treatment for stress incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012;18(2):118-121.

Knight S. Evaluation of neuromuscular electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence. *Physiotherapy* 1998;84(2):61-71.

Kocaoz S, Eroglu K, Sivaslioglu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Gynecol Obstet Inv* 2013;75(1):34-40.

Lamb SE, Pepper J, Lall R, Jorstad-Stein EC, Clark MD, Hill L et al. Group treatments for sensitive health care problems: a randomised controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary in-continenence. *BMC Womens Health* 2009;9:26.

Lopès P, Rimbault F, Scheffler M, Andre C, Cappelletti MC, Mares P. Multicentric prospective randomized and controlled study assessing effectiveness of intravaginal electrostimulation at home compared to usual care in female patients with urinary incontinence and prior perineal reeducation. *Gynecologique Obstetetric & Fertilité* 2014;42(11):779-786.

Lukacz E. Treatment of urinary incontinence in women. UpToDate. 2018. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-women?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-urinary-incontinence-in-women?source=history_widget)

Moore K, Dumoulin C, Bradley C, Burgio K, Chambers T, Hagen S et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence, 5th International Consultation on Incontinence, Paris, February, 2012*. Paris: ICUD-EAU;2013:1101-228.

Nygaard IE, Shaw JM, Bardsley T, Egger MJ. Lifetime physical activity and female stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(1):40e1-40e10.

Ong TA, Khong SY, Ng KL, Ting JRS, Kamal N, Yeoh WS et al. Using the Vibrance Kegel Device With Pelvic Floor Muscle Exercise for Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Pilot Study. *Urology* 2015;86(3):487-491.

Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2014;33(1):67-71.

Pereira VS, de Melo MV, Correia GN, Driusso P. Vaginal cone for post menopausal women with stress urinary incontinence: randomized, controlled trial. *Climacteric* 2012;15(1):45-51.

Phelan S, Kanaya AM, Subak LL et al. Weight loss prevents urinary incontinence in women with type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. *J Urol* 2012;187:939.

Prudencio C, Barbosa A, Derobio AL, Anezio A, Vesentini G, Almeida AP, editors. Comparison of three physiotherapy methods for treatment of stress urinary incontinence: impact in quality of life and muscle function. *Proceedings of the 44th Annual Meeting of the International Continence Society (ICS) 2014 Oct 20-24*.

Rahn DD, Ward RM, Sanses TV et al. Vaginal estrogen use in postmenopausal women with pelvic floor disorders: systematic review and practice guidelines. *Int Urogynecol J* 2015;26:3-13.

Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):609-617.

Sancaktar M, Ceyhan ST, Akyol I, Muhcu M, Alanbay I, Mutlu EC et al. The outcome of adding peripheral neuromodulation (stoller afferent neuro-stimulation) to anti-muscarinic therapy in women with severe overactive bladder. *Gynecological Endocrinology* 2010;26(10):729-732.

Schreiner L, dos Santos TG, Knorst MR, da Silva Filho IG. Randomized trial of transcutaneous tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women. *Intl Urogynecol J* 2010;21(9):1065-1070.

Souto SC, Reis LO, Palma T, Palma P, Denardi F. Prospective and randomized comparison of electrical stimulation of the posterior tibial nerve versus oxybutynin versus their combination for treatment of women with overactive bladder syndrome. *World Journal of Urology* 2014;32(1):179-184.

Subak LL, Wing R, West DS et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med* 2009;360:481-490.

Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Am J Epidemiol* 2008;167:390-399.

Terlikowski R, Dobrzycka B, Kinalski M, Kuryliszyn-Moskal A, Terlikowski SJ. Transvaginal electrical stimulation with surface-EMG biofeedback in managing stress urinary incontinence in women of premenopausal age: a double-blind, placebo controlled, randomized clinical trial. *Int Urogynecol J* 2013;24(10):1631-1638.

Vandoninck V, van Balken MR, Finazzi Agro E, Petta F, Micali F, Heesakkers J et al. Percutaneous Tibial Nerve Stimulation in the Treatment of Overactive Bladder: Urodynamic Data. *Neurourol Urodyn* 2003;22:227-232.

Vissers D, Neels H, Vermandel A, De Wachter S, Tjalma WAA, Wyndaele JJ et al. The effect of non surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and metaanalysis. *Obesity Reviews* 2014;15(7):610-617.

Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004(1)CD001308.

Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ* 2014; 349:g4531.

Wyman J, Allen A, Hertsgaard L, Overson E, Allen S, Hatsukami D. Effect of Smoking Cessation on Overactive Bladder Symptoms in Adults: A Pilot Study. *Neurourol Urodyn* 2014;33(6):866-867.

Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Nilsson CG, Pickard R, Tubaro A. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology 2020.

## 5 – TRATAMENTO MÉDICO

### Princípios gerais

A terapêutica farmacológica é oferecida quando as medidas conservadoras inicialmente implementadas (incluindo modificações comportamentais e exercícios dirigidos ao pavimento pélvico) são ineficazes. A escolha da medicação deve ter em conta os potenciais efeitos colaterais e o seu custo. A correcta identificação do tipo de incontinência permite seleccionar os fármacos a utilizar.

### Tratamento Médico da Incontinência Urinária de Urgência (IUU) / Bexiga Hiperactiva (BH)

#### Antimuscarínicos

- > Tolterodina
- > Darifenacina
- > Solifenacina
- > Cloreto de Tróspio

*Modo de acção:* O mecanismo pelo qual estes fármacos melhoram os sintomas ainda não está perfeitamente esclarecido. Sabe-se que a contracção do músculo detrusor é principalmente mediada através da estimulação dos receptores muscarínicos pela acetilcolina. Assim, estes fármacos competem com a acetilcolina nos receptores, bloqueando-os e diminuindo a capacidade de contracção muscular. Os principais agentes utilizados são aqueles que possuem maior selectividade para os receptores M3. Embora estes fármacos produzam melhorias significativas no alívio dos sintomas e qualidade de vida, comparando com placebo, a taxa global de cura é baixa.

- > Oxibutinina
- > Propiverina
- > Flavoxato

*Modo de acção:* Estes fármacos foram identificados como tendo duplo mecanismo de acção: acção antimuscarínica e efeito relaxante directo no

músculo liso da bexiga. Aparentemente, os efeitos clínicos destas drogas são primariamente explicados pela actividade antimuscarínica.

*Efeitos adversos:* Retenção urinária, visão turva, obstipação, xerostomia, aumento da pressão intraocular, efeitos cardiovasculares (taquicardia), disfunção cognitiva e risco de demência. Os efeitos anticolinérgicos periféricos podem limitar a tolerabilidade e ajuste de dosagem, levando à descontinuidade ou diminuição da adesão terapêutica.

*Contra-indicações e precauções:* Retenção urinária, obstrução ou atonia intestinal, doença inflamatória intestinal, glaucoma de ângulo fechado, miasteniag<sup>ravis</sup>, taquidismias não controladas, insuficiência renal e insuficiência hepática.

*Eficácia:* Revisões sistematizadas de estudos randomizados revelaram que os antimuscarínicos têm um benefício modesto relativamente ao placebo na redução da IUU. As taxas de cura dos anticolinérgicos são baixas (35,6 – 58%). A eficácia de todos os agentes antimuscarínicos aparenta ser similar, à excepção do flavoxato, com fraca actividade antimuscarínica e consequente menor eficácia.

MOLÉCULA	MODOS DE LIBERTAÇÃO E NOME COMERCIAL	DOSE INICIAL	DOSE MÁXIMA	EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS
Tolterodina	Libertação prolongada (Detrusitol Retard®)	2 mg	4 mg	Xerostomia: 23-35% Obstipação: 6-7%
Darifenacina	Libertação prolongada (Emselex®)	7,5 mg	15 mg	Xerostomia: 19-35% Obstipação: 15-21%
Solifenacina	Libertação prolongada (Vesicare®)	5 mg	10 mg	Xerostomia: 11-28% Obstipação: 5-13%
Cloreto de tróspio	Libertação imediata (Spasmoplex®)	20 mg	40 mg	Xerostomia: 9-22% Obstipação: 9-10%
Oxibutinina	Libertação imediata (Ditropan®)	5 mg	20 mg	Xerostomia: 71% Obstipação: 9%
Propiverina	Libertação prolongada (Mictonorm OD®)	30 mg	60 mg	Xerostomia: 37% Obstipação: 5%
Flavoxato	Libertação imediata (Urispas®)	200 mg	800 mg	

**Tabela 9** – Medicamentos com actividade antimuscarínica

### Agonistas dos receptores adrenérgicos $\beta_3$

#### > Mirabegrom

*Modo de acção:* A presença de  $\beta$ -adrenoreceptores no músculo detrusor proporcionou tentativas de aumento da capacidade vesical através da sua estimulação. Os estudos efectuados demonstraram que os agonistas selectivos  $\beta_3$  conseguiram potenciar o relaxamento muscular liso da bexiga, aumentando a capacidade vesical sem alterar a pressão de esvaziamento ou o volume residual pós-miccional.

*Efeitos adversos:* Taquicardia, hipertensão, cefaleias, efeitos gastrointestinais, palpitações, elevação da glicose sérica e lactatos, diminuição de cálcio e potássio séricos.

*Contra-indicações:* Taquiarritmias ou hipertensão não controladas.

*Eficácia:* Numa meta-análise de ensaios fase III, o mirabegrom diminuiu o número médio de episódios de incontinência diários. O perfil de efeitos secundários é considerado favorável comparativamente aos antimuscarínicos, pela sua melhor tolerância.

*Posologia:* A dosagem terapêutica recomendada é de 50mg/dia, devendo ser inferior em pacientes com compromisso renal ou hepático (25mg/dia).

### Antagonistas dos receptores adrenérgicos $\alpha$

*Modo de acção:* O músculo liso da base da bexiga e da uretra proximal contém predominantemente receptores  $\alpha$ -adrenérgicos. Algumas obstruções que ocorrem a este nível durante a contracção do detrusor ou um decréscimo inadequado da resistência da uretra proximal podem desencadear LUTS. O bloqueio dos receptores através destes fármacos  $\alpha_1$ -selectivos parece ser benéfico na promoção do esvaziamento vesical, aumentando a taxa de fluxo e diminuindo o resíduo pós-miccional. Estão descritos resultados positivos na utilização dos antagonistas dos receptores  $\alpha$  em pacientes com dissenergia vesico-esfincteriana ou bexiga neurogénica. Contudo, serão necessários mais estudos randomizados para documentar o efeito destes fármacos no tratamento de LUTS.

*Efeitos adversos:* Hipotensão postural, tonturas, diarreia, sede, congestão nasal e cefaleias. A alufosina parece ser mais específica para os receptores no tracto genito-urinário do que na vasculatura, parecendo minimizar os efeitos de hipotensão ortostática.

*Contra-indicações:* Devem ser usados com precaução em pacientes com insuficiência hepática ou renal.

*Posologia:* A dosagem diária recomendada, é de 0,4 mg/dia.

### Toxina botulínica

*Modo de acção:* A toxina botulínica é aplicada por injeções intravesicais no músculo detrusor, actuando por inibição da libertação da acetilcolina e outros neurotransmissores, causando uma interrupção na transmissão neuronal que afecta os ramos aferentes e eferentes do reflexo da micção, inibindo as contracções do detrusor. Os dados existentes sobre a segurança, eficácia, dose ideal, número e locais de injeções intravesicais, bem como a necessidade de repetição dos tratamentos, são insuficientes.

*Efeitos adversos:* Retenção urinária.

*Posologia:* A dose ideal, o local de injeção, a população-alvo e a segurança a longo prazo permanecem ainda pouco esclarecidos.

### Antidepressivos

#### > Imipramina

#### > Amitriptilina

*Modo de acção:* Estes antidepressivos aparentam ter efeitos benéficos em pacientes com BH, através de duas acções farmacológicas *major*: efeitos anticolinérgicos centrais e periféricos e bloqueio da recaptação da serotonina e noradrenalina.

*Efeitos adversos:* náuseas, xerostomia, tonturas, obstipação, insónia, fadiga. Os antidepressivos tricíclicos podem provocar efeitos tóxicos a nível cardíaco e do Sistema Nervoso Central (SNC).

*Posologia:* a dosagem diária recomendada é de 50-100 mg/dia.

### Hormonas

#### > Estrogénios

#### > Desmopressina

*Modo de acção:* Numa revisão sistematizada dos efeitos dos estrogénios, foi concluído que a estrogenerioterapia pode ser eficaz no alívio dos sintomas da BH e que a administração tópica parece ser a via de administração mais benéfica. Hipoteticamente, os estrogénios melhoram os LUTS por múltiplos mecanismos: aumento da resistência uretral, do limiar sensorial da bexiga e do relaxamento vesical através dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos. Muitos autores acreditam que os sintomas urológicos irritativos decorrentes da atrofia urogenital (condicionada por défice estrogénico) respondem positivamente à terapêutica hormonal. Contudo, actualmente, há ainda pouca evidência que suporte o uso de estrogénios para o tratamento primário da BH.

A desmopressina é um análogo sintético da vasopressina, primariamente utilizado na enurese das crianças. O seu efeito antidiurético está também documentado em estudos com resultados positivos no tratamento de adultos com noctúria e enurese, resultantes da hiperactividade do detrusor.

*Efeitos adversos:* Relativamente aos estrogénios, estão descritos vários efeitos potenciais, quando é utilizada a formulação sistémica, não sendo valorizáveis na sua formulação tópica.

Relativamente à desmopressina, estão reportados efeitos colaterais como cefaleias e hiponatrémia e por isso o seu uso deve ser limitado no tempo.

*Posologia:* A aplicação tópica de estrogénio (disponíveis formulações em creme ou comprimidos vaginais) pode ser feita diariamente durante as primeiras semanas, reduzindo progressivamente a frequência até 2 aplicações por semana, de acordo com a evolução da sintomatologia. Em relação à desmopressina a dose inicial recomendada é de 0,12 mg ao deitar, administrada por via sublingual podendo ser aumentada até 0,24 mg.

## Tratamento Médico da Incontinência Urinária de Esforço (IUE)

Alguns agentes farmacológicos têm sido utilizados no tratamento da IUE. Contudo, não existem estudos clínicos que demonstrem melhoria significativa dos sintomas a longo prazo, de forma a justificarem o seu amplo uso nessa condição.

### Hormonal

#### > Estrogénios

A bexiga, o pavimento pélvico e a uretra são estruturas com sensibilidade aos estrogénios. Dois tipos de receptores ( $\alpha$  e  $\beta$ ) têm sido identificados no trígono da bexiga, uretra, vagina, músculos elevadores do ânus, fáscia pélvica e ligamentos de suporte. A uretra possui receptores de estrogénios no epitélio, vasos, tecido conjuntivo e músculos, que parecem desempenhar um papel na manutenção de pressão uretral positiva. Tem sido sugerido que a menopausa causa um acentuado declínio na presença e expressão de receptores  $\alpha$  e  $\beta$ , havendo uma discreta diminuição dos parâmetros de pressão uretral. Apesar desta alteração parecer estar relacionada com o decréscimo dos níveis estrogénicos, ainda há especulação se as modificações actuais ocorrem no músculo liso, mucosas, circulação sanguínea ou tecidos de suporte. Assim, nas mulheres menopáusicas, a estrogenerioterapia tópica parece aumentar a pressão de encerramento uretral.

### Antidepressivos

#### > Duloxetina

*Modo de acção:* A duloxetina é um inibidor da recaptção da serotonina e norepinefrina que parece aumentar a actividade muscular do esfíncter estriado uretral e tenta reduzir a hiperreactividade do detrusor através de um mecanismo central. Há estudos que referem uma diminuição significativa da IU pela duloxetina quando comparada com placebo.

*Efeitos adversos:* Náuseas, xerostomia, tonturas, obstipação, insónia e fadiga.

*Posologia:* a dose inicial é de 30 mg / dia podendo ser aumentada para 60 mg /dia.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

TRATAMENTO		DOSE	POSOLOGIA	NOTAS: VER RCM PARA INFORMAÇÕES MAIS DETALHADAS
<b>Anticolinérgicos</b>	Cloreto de tróspio (LI, LP)	20 mg (LI) 60 mg (LP)	20 mg, 2 xs / dia 60 mg 1 x /dia	20 mg: insuficiência renal grave – 1x /dia ou em dias alternados 60 mg: não recomendado na insuficiência renal e hepática grave
	Darifenacina (LP)	7,5 mg 15 mg	7,5 mg /dia Se necessário aumentar até 15 mg	Insuficiência hepática moderada: 7,5 mg /dia no máximo
	Oxibutinina (LP)	5 mg	5 mg 2-3 xs /dia Máximo, 4 xs /dia	Idosos debilitados, insuficiência hepática e renal: 2,5 mg 2-3 xs /dia
	Propiverina	30 mg 45 mg	30 mg /dia Se necessário aumentar até 45 mg	Se insuficiência renal grave: 45 mg /dia não está recomendada Não está recomendada se Insuficiência hepática moderada a grave
	Solifenacina	5 mg 10 mg	5 mg 1x/dia Se necessário aumentar para 10 mg /dia	Se insuficiência renal grave ou insuficiência hepática moderada: 5 mg/dia, máximo
<b>Beta-3-Agonista</b>	Mirabegrom (LP)	50 mg (25mg)	50 mg 1 x /dia	Se insuficiência renal grave e insuficiência hepática moderada: 25 mg /dia
<b>Relaxante das fibras musculares</b>	Flavoxato (LI)	200 mg	200 mg 3-4xs/dia	Se arritmia ou insuficiência hepática, suspender
<b>ISRSN</b>	Duloxetina (LP)	30 mg 60 mg	30 mg 1 x/dia (dose inicial) Se necessário aumentar até 60 mg /dia	Não está recomendada em insuficiência hepática moderada e renal grave

Tabela 10 – escolha do tratamento médico

### Recomendações gerais

- > Os antimuscarínicos são recomendados como terapêutica de primeira ou segunda linha para o tratamento de IUU / BH. A evidência suporta a superioridade destes fármacos comparativamente ao placebo.
- > Não há evidência consistente sobre o melhor antimuscarínico na cura de IUU ou na melhoria da qualidade de vida.
- > A escolha do fármaco deve basear-se nas características e comorbilidades da paciente, na preferência e experiência do médico, e no custo do medicamento.
- > A paciente deve ser elucidada sobre a probabilidade de sucesso da terapêutica e do risco de efeitos adversos.
- > Recomenda-se iniciar tratamento com a dosagem mais baixa do fármaco selecionado.
- > O medicamento ou a dose do mesmo não deve ser alterada, caso o tratamento esteja a ser eficaz e bem tolerado.
- > Deve ser considerada a modificação da dose ou a substituição para outro fármaco caso os sintomas não estejam controlados ou surjam efeitos colaterais significativos com a terapêutica inicialmente instituída.
- > Deve haver parcimónia no uso de antimuscarínicos em pacientes idosas, devido ao efeito cumulativo das drogas na função cognitiva, que aumenta com o tempo de exposição.
- > Recomenda-se a reavaliação da paciente 4 a 12 semanas após início de tratamento, de forma a avaliar a sua eficácia.
- > Nas mulheres com uma resposta insuficiente ou que não possam tolerar a terapêutica antimuscarínica, deve ser iniciada tratamento com mirabegrom.
- > O mirabegrom tem benefícios terapêuticos superiores ao placebo e o seu perfil de efeitos adversos aparenta ser mais favorável que os antimuscarínicos (sobretudo na disfunção cognitiva).

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

- > A combinação de agentes antimuscarínicos e de  $\beta$ -3 agonistas pode ser utilizada em pacientes com sintomas persistentes, nas quais não é possível aumentar a dose de anticolinérgicos.
- > Deve ser avaliado o RPM nas pacientes com agravamento de sintomas ou com retenção urinária após iniciarem tratamento.
- > Na prática clínica, é considerada IUU refractária quando falharam, no mínimo, 2 tratamentos farmacológicos adequados.
- > As pacientes que permanecem sob tratamento de longa duração para IUU / BH devem ser vigiadas anualmente em cuidados de saúde primários (ou a cada 6 meses se idade superior a 75 anos).
- > Devido ao risco conhecido de retenção urinária com a toxina botulínica, esta terapêutica deve ser evitada em mulheres com história prévia de retenção ou com ITU's recorrentes.
- > Nas mulheres em peri ou pós-menopausa, com atrofia geniturinária e IU, está recomendada a aplicação de estrogênio tópico vaginal.
- > A desmopressina deve ser considerada especificamente na redução de noctúria nas pacientes com IUU / BH em que esse constitui o sintoma primordial.
- > A duloxetine não deve ser usada como tratamento de primeira linha nas mulheres com IU predominantemente de esforço. Pode ser considerada como tratamento de segunda linha naquelas que recusam ou não tenham indicação para tratamento cirúrgico.

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS GUIDELINES EAU 2020	NE
Há evidência limitada de que um antimuscarínico seja superior a outro alternativo, na cura ou melhoria da IUU	1b
Altas doses de drogas antimuscarínicas são mais efectivas para a cura ou melhoria da IUU	1b
Doses em formulação única diária estão associadas a menor risco de efeitos adversos, do que as doses de libertação imediata, no entanto a percentagem de descontinuação é idêntica	1b
O aumento da dose de antimuscarínicos, pode ter indicação em doentes seleccionados, para melhorar o tratamento, no entanto é expectável mais efeitos secundários	1b
Adesão aos antimuscarínicos é baixa e diminui ao longo do tempo, devido à baixa eficácia	2
A maior parte dos pacientes suspenderá os antimuscarínicos nos primeiros 3 meses de tratamento	2
Mirabegron é superior ao placebo e tão eficaz como os antimuscarínicos na melhoria dos sintomas de IUU	1a
Os eventos adversos com mirabegrom são similares aos com placebo	1a
Pacientes inadequadamente tratados com solifenacina, beneficiam mais de adição de mirabegrom do que do aumento da dose	1b
Os antimuscarínicos são eficazes em pacientes mais idosos	1b
Mirabegrom mostrou ser eficaz nos pacientes idosos	1b
Nos pacientes idosos, o impacto das drogas com efeito anticolinérgico na função cognitiva é cumulativo e aumenta com o tempo de exposição	2
Oxibutinina pode agravar a função cognitiva em pacientes mais idosos	2
Solifenacina, darifenacina, fesoterodina e cloreto de trospio, demonstraram não ter impacto na função cognitiva em pacientes idosos, em estudos a breve prazo	1b
Duloxetine, 40 mg 2 vezes /dia melhora a IUE nas mulheres	1a
Duloxetine causa efeitos secundários gastrointestinais e neurológicos, levando a uma alta taxa de descontinuação, embora estes efeitos estejam limitados às primeiras semanas de tratamento	1a
Terapêutica com estrogéneos vaginais, melhora a IU na pós-menopausa, a curto prazo	1a
A terapêutica adjuvante ou neoadjuvante com estrogénios na cirurgia de IU, é ineficaz	2



## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

>

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS GUIDELINES EAU 2020	NE
Terapêutica hormonal de substituição usando estrogênios equinos conjugados em mulheres previamente continentas, aumenta o risco de desenvolvimento de IU, e o seu agravamento quando previamente existente	1a
O efeito de redução da IU nas primeiras 4 horas de toma de desmopressina oral é efectivo, mas não após as 4 horas	1b
O uso contínuo de desmopressina não melhora nem cura a IU	1b
O uso regular de desmopressina pode conduzir a hiponatremia	3
Evidência limitada sugere que os antimuscarínicos são eficazes na melhoria da IUU na IUM	2
Duloxetina é eficaz na melhoria da IUE e da IUU na IUM	1b
Não há evidência consistente que demonstre a superioridade da terapêutica medicamentosa, sobre a terapia conservadora para o tratamento da IUU	1b
Tratamento comportamental tem maior índice de satisfação do que terapêutica medicamentosa	1b
Não existe suficiente evidência do benefício de adicionar PFMT à terapêutica medicamentosa para o tratamento de IUU	1b

RECOMENDAÇÕES GUIDELINES EAU 2020	GR
Prescrever antimuscarínicos a mulheres adultas com IUU que tiveram insucesso com tratamento conservador	Forte
Considerar as formulações de antimuscarínicos de libertação prolongada, sempre que possível	Forte
Se um antimuscarínico provar ineficácia, considerar aumento da dose ou oferecer outro antimuscarínico com formulação alternativa, ou mirabegrom, ou uma combinação	Forte
Encorajar revisão terapêutica precoce (eficácia e efeitos secundários), de pacientes sob medicação antimuscarínica para IUU	Forte
Prescrever antimuscarínicos ou mirabegrom a adultos com IUU, nos quais falhou o tratamento conservador	Forte
Antimuscarínicos a longo prazo em pacientes idosos devem ser utilizados com cuidado, especialmente naqueles que estejam em risco de, ou tenham, disfunção cognitiva	Forte

>

&gt;

RECOMENDAÇÕES GUIDELINES EAU 2020	GR
Prescrever Duloxetina em pacientes selecionados com sintomas de IUE quando a cirurgia não está indicada	Forte
Duloxetina deve ser iniciada e retirada usando titulação da dose devido ao alto risco de efeitos adversos	Forte
Prescrever estrogênios vaginais às mulheres pós menopausicas com IU e sintomas de atrofia vulvovaginal	Forte
Em mulheres com história de cancro da mama, o oncologista deve ser consultado	Fraco
Para mulheres que tomem estrogênios equino conjugados como terapêutica hormonal de substituição, que desenvolvam ou agravem a IU, deve-se discutir outras terapêuticas hormonais alternativas	Forte
Avisar as mulheres que tomem estrogênios sistêmicos e que sofram de IU de que é improvável que a IU melhore com a suspensão da terapêutica com estrogênios	Forte
Considerar prescrever desmopressina em pacientes que necessitem de controle da IU em períodos diários curtos e informar de que esta droga não está licenciada para esse fim	Forte
Monitorizar os níveis de sódio no plasma, em pacientes com desmopressina	Forte
Não usar desmopressina para controle prolongado de IU	Forte
Tratar primeiro os sintomas prevalentes, nas pacientes com IUM	Forte
Prescrever antimuscarínicos ou beta3 agonistas nas pacientes com urgência predominante na IUM	Forte
Considerar prescrever duloxetina nas pacientes com IUM, que não responde a outros tratamentos conservadores e que não procuram a cura	Forte

## Bibliografia

Cardozo L, Staskin D. Textbook of Female Urology and Urogynecology. Vol. one. Fourth Edition. 2017. Section V: Conservative and minimally invasive therapies. Chapter 46:515-550.

Nambiar AK, Bosh R, Cruz F, Lemarck GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretidnova DA, Ambuhl D, Farag F, Lombardo R, Schneider M, Burkhard F. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. 2018;73(4):596-609.

Gaseem A, Dallas P, Forcica M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med.2014;161(6): 429-440.

Syran R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int* 2016;117(1):20-33.

Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Nilsson CG, Pickard R, Tubaro A. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology 2020.

Urinary incontinence in women: management. NICE National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline. Sept 2013 Last updated Nov 2015.

Bettez M, Tul LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence, Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association 2012;6,(5):354-363.

Lukacz ES. UpToDate: Treatment of urgency incontinence/overactive bladder in women Mar 13,2018.

Effective Health Care Program. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. Agency for Healthcare Research Quality 2012.

Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;156:861-874.

Reynolds WS, McPheeters M, Blume J et al. Comparative Effectiveness of Anticholinergic. *Obstet Gynecol* 2015Jun;125(6):1423-32.

Riemsma R, Hagen S, Kirschner-Hermanns R et al. Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. *BMC Med* 2017;15:63.

## 6 – TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico da IUE tem evoluído ao longo das últimas décadas no sentido de abordagens minimamente invasivas. A selecção da cirurgia a efectuar depende do tipo de IU, das características da paciente, da evidência científica sobre os seus resultados e da experiência do cirurgião.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE)	INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE URGÊNCIA (IUU)
<i>Slings</i> pubo-vaginais	Neuromodulação
Colpossuspensão	Cistoplastia de aumento
<i>Slings</i> da uretra média	
<i>Bulking Agents</i>	
Esfíncter artificial / Dispositivo de terapia de compressão ajustável (ACT®)	
Células estaminais	
Radiofrequência	
LASER	

**Tabela 11** – Cirurgias de IU

As cirurgias tradicionais a considerar são os *slings* pubo-vaginais ou a colpossuspensão. Desde 1996, após a publicação inicial de Ulmsten e col. sobre o *sling* da uretra média retro-púbico sem tensão (TVT), os *slings* da uretra média tornaram-se as cirurgias mais utilizadas para correcção da IUE feminina.

### 1. Incontinência urinária de esforço (IUE)

#### 1.1 *Slings* pubo-vaginais

Os *slings* pubo-vaginais promovem o suporte uretral, utilizando tecido próprio da doente. A técnica mais frequente, utiliza fásia autóloga do músculo recto abdominal (técnica de Aldridge). Posteriormente utilizaram-se outros tipos de tecido autólogo, como a fásia lata (técnica de Goebell-Stoeckel) ou material heterólogo, biológico ou sintético.

Independentemente do material utilizado, o *sling* pubo-vaginal é colocado a nível da uretra proximal / colo vesical, com o objectivo de promover o suporte da uretra e o aumento da pressão intrauretral e do esfíncter proximal.

Estas cirurgias estão particularmente indicadas na correcção da IUE com insuficiência esfíncteriana intrínseca. A sua eficácia é variável, dependendo dos estudos, com taxas de cura de 50-95%. Mesmo após uma falha de cirurgia anterior, a taxa de cura pode atingir os 70%. A sua eficácia na correcção da IUE é superior à da colpossuspensão, mas estão associadas a maior risco de complicações, nomeadamente de disfunção miccional e infecção do tracto urinário pós-operatória.

### 1.2 Colpossuspensão

A colpossuspensão é um procedimento cirúrgico que envolve a suspensão dos tecidos adjacentes ao colo vesical e uretra proximal, com o intuito de corrigir o deficiente encerramento uretral. Ainda que tenham sido descritas numerosas técnicas, o objectivo básico é o de suspender e estabilizar a parede vaginal anterior e consequentemente o colo vesical e a uretra proximal numa posição retropúbica. Os procedimentos mais estudados foram o de Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) e a colpossuspensão de Burch.

O procedimento de MMK não está actualmente recomendado, já que as evidências científicas que o suportam são limitadas. Não existem novos ensaios clínicos randomizados sobre esta técnica nem recomendações para a sua utilização desde a edição do livro ICI-3 de 2009.

A colpossuspensão de Burch está indicada em mulheres com diagnóstico de IUE com hiper mobilidade da uretra proximal e colo vesical. Não é considerada actualmente como o procedimento de primeira linha para a correcção de IUE.

Esta cirurgia pode ser efectuada por laparotomia ou laparoscopia. A abordagem laparoscópica tem como vantagens potenciais, em relação à via laparotómica, estar associada a menos dor no pós-operatório, menos tempo de hospitalização e um retorno mais rápido à vida activa.

A indicação para a colpossuspensão laparoscópica na prática clínica actual ainda não está bem estabelecida, necessitando de mais estudos a longo prazo para que possa ser claramente definida. Só pode ser recomendada para o tratamento da IUE se for realizada por cirurgiões com experiência específica e treino laparoscópico, quando devidamente enquadrados numa equipa multidisciplinar com experiência na avaliação e tratamento de doentes com IUE. As doentes devem ser informadas sobre a evidência limitada dos resultados a longo prazo para a colpossuspensão laparoscópica.

A eficácia da colpossuspensão de Burch é de 69-88%, diminuindo ao longo dos anos. Quando comparada com os *slings* pubo-vaginais, a sua eficácia é inferior, mas está associada a menor taxa de disfunção miccional. A colpossuspensão apresenta, maior tempo operatório (<0,001), maior tempo de internamento (<0,001) e um retorno mais tardio à actividade normal (<0,01-0,001).

Nas mulheres que não desejem cirurgias com uso de redes sintéticas, a colpossuspensão de Burch e os *slings* pubo-vaginais autólogos são a melhor opção.

RECOMENDAÇÕES	GR
O procedimento de MMK não está recomendado para tratamento da IUE.	A
Não sendo de 1ª linha, a colpossuspensão pode ser uma opção para o tratamento cirúrgico da IUE.	D
Considerar em mulheres submetidas a cirurgia abdominal concomitante.	D

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS GUIDELINES EAU 2020	NE
O <i>sling</i> pubo-vaginal autólogo é mais eficaz que a colposuspensão na correcção da IU.E.	1b
O <i>sling</i> pubo-vaginal autólogo tem um maior risco de complicações que a colposuspensão, particularmente disfunção no esvaziamento e infecção urinária, pós-operatória.	1b
Os resultados subjectivos e objectivos da colposuspensão laparoscópica vs laparotómica, a curto e médio prazo, são semelhantes. Os resultados comparativos a longo prazo são desconhecidos.	2
A colposuspensão laparoscópica tem um tempo de internamento mais curto e pode ser mais custo-efectiva que a colposuspensão aberta.	1a
A colposuspensão está associada a maior risco de POP, a longo prazo que os <i>slings</i> da uretra média.	1a

### 1.3 *Slings* da uretra média

Esta técnica cirúrgica é minimamente invasiva e consiste na inserção de uma rede suburetral sem tensão, através da parede vaginal anterior, a nível da uretra média. Esta rede tem como objectivo reforçar os ligamentos pubouretrais e o suporte fascial da uretra (Hammock), de acordo com a Teoria Integral de Petros e Ulmsten (1990).

As redes utilizadas podem ser de material sintético ou biológico. As mais utilizadas são as sintéticas, de polipropileno tipo 1 (classificação Amid), monofilamentares e macroporosas (poros >75µ), sendo estas as recomendadas pela FDA (*Food and Drug Administration*).

Os *slings* podem ser retropúbicos (com passagem através do espaço retropúbico, numa posição vertical), transobturadores (com passagem através dos buracos obturadores, numa posição horizontal) ou de incisão única, também denominados de "mini-*slings*" (com fixação a nível do músculo obturador interno ou tecido conjuntivo da fáschia endopélvica do espaço retro-púbico, dependendo do *sling*). Os *slings* transobturadores podem ser colocados de forma *inside-out* ou *outside-in*.

Os *slings* retropúbicos estão associados a maior risco de complicações peri-operatórias (perfuração da bexiga, lesões vasculares, lesões viscerais) e maior risco de disfunção miccional. Os *slings* transobturadores es-

tão associados a maior risco de dor crónica e de extrusão / erosão da rede aos 12 meses.

A taxa de cura é semelhante nas abordagens *inside-out* ou *outside-in*. A taxa de complicações peri-operatórias não é significativamente diferente com excepção de disfunção miccional e perfuração vaginal que é maior na via *outside-in*.

A opção por um *sling* retropúbico ou transobturador deve ser baseada nas complicações potenciais, já que as taxas de cura objectiva e subjectiva são semelhantes.

Os *slings* de incisão única têm uma taxa de cura inferior à dos restantes *slings* da uretra média, mas estão associados a menor perda hemática e dor pós-operatória.

A taxa de erosão ou extrusão dos *slings* da uretra média é inferior a 5 %.

Os *slings* da uretra média têm uma taxa de cura de 80-90 %.

A AUA refere que as complicações associadas à utilização de redes sintéticas no tratamento da IUE são raras, recomendando a realização de cistoscopia em todas as cirurgias de colocação de *sling*, com o objectivo de minimizar os riscos. Dada a baixa taxa de complicações, a IUGA não recomenda a realização de cistoscopia por rotina, com excepção para o *sling* retropúbico, em que ainda é recomendada a sua realização intra-operatória de forma sistemática.

Quando se pondera uma correcção cirúrgica da IUE, a opção por um *sling* de uretra média versus a colposuspensão de Burch (por laparotomia ou laparoscopia) deve ser baseada nos efeitos adversos e na necessidade de cirurgias concomitantes (via vaginal versus via abdominal), já que a taxa de cura aos 5 anos é sobreponível. Os *slings* da uretra média têm menor taxa de complicações (hemorragia, dor pós-operatória, lesões intestinais, infecção da ferida operatória e hematomas), menor tempo cirúrgico e de hospitalização.

O risco de insucesso e de complicações da cirurgia de correcção de IUE parece aumentar com a idade.

## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

De uma forma geral, a cirurgia de correcção de IUE não afecta a função sexual e o risco de disfunção sexual pós-operatória não varia entre os diferentes *slings* da uretra média.

Nas doentes com IUM está referido uma melhoria ou cura de sintomas de BH em 50-74% dos casos após a realização de um *sling* da uretra média.

Em casos de IU oculta, na presença de POP, a colocação de *sling* da uretra média no mesmo tempo operatório da correcção do POP pode reduzir até 20% a IUE pós-operatória. O *sling* deve ser colocado após correcção do prolapso.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES ICS/ ICUD 2017	NE	GR
Os <i>slings</i> da uretra média devem ser a primeira escolha de tratamento de IUE não complicada.	1	A
A opção por um <i>sling</i> de uretra média vs colposuspensão de Burch (por laparotomia ou laparoscopia) deve ser baseada nos efeitos adversos e na necessidade de cirurgias concomitantes (via vaginal vs via abdominal), já que a taxa de cura aos 5 anos é sobreponível.	1a	
Os <i>slings</i> da uretra média têm menor taxa de complicações e menor tempo cirúrgico e de hospitalização.	1c	
A opção por um <i>sling</i> retropúbico ou transobturador deve ser baseada nas complicações potenciais, já que as taxas de cura objectiva e subjectiva são semelhantes.	1a	
Os <i>slings</i> retropúbicos estão associados a maior risco de perfuração vesical intra-operatória e de disfunção miccional que os <i>slings</i> transobturadores.	1a	A
Os <i>slings</i> transobturadores estão associados a maior risco de dor crónica e erosão/extrusão da rede que os <i>slings</i> retropúbicos.	1a	A
Os <i>slings</i> transobturadores <i>inside-out</i> e <i>outside-in</i> têm resultados semelhantes e a escolha da técnica depende do cirurgião.		A/B
Os <i>slings</i> de incisão única são menos eficazes que os <i>slings</i> da uretra média transobturadores e retropúbicos.	1b	A
Os <i>slings</i> de incisão única estão associados a menor perda hemática e dor pós-operatória que os <i>slings</i> transobturadores e retropúbicos.	1b	
O risco de insucesso e de complicações da cirurgia de correcção de IUE parece aumentar com a idade.	2	



&gt;

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES ICS/ ICUD 2017	NE	GR
Nas doentes que tiveram falência dos resultados cirúrgicos, a segunda intervenção terá piores resultados e maior risco de complicações comparativamente à primeira intervenção.	2	C
A taxa de sucesso da cirurgia para tratamento IU nas doentes com IUM é inferior à taxa de sucesso das doentes com IUE.	1	A
O padrão de urgência pode não melhorar com a cirurgia para IUE.	2	B
A cirurgia de correcção de IUE não afecta a função sexual e o risco de disfunção sexual pós-operatória não varia entre os diferentes <i>slings</i> da uretra média.	3	
Pode ser feito no mesmo tempo operatório a cirurgia de POP e tratamento de IUE.	2	A
É incerto o benefício do tratamento profilático de IU oculta, não diagnosticada.		C

#### 1.4 Injecções periuretrais (*Bulking Agents*)

Um dos mecanismos para a continência é a coaptação da uretra durante o aumento da pressão intra-abdominal. As injecções periuretrais utilizam agentes de preenchimento usados para corrigir o defeito da coaptação e podem ser injectados por via transuretral ou transperineal. Permitem uma melhoria transitória dos sintomas (3 meses), pelo que a sua eficácia requer injecções repetidas. Os resultados obtidos com a utilização de diversas substâncias são semelhantes e as complicações são raras.

Representam uma opção válida para tratar a IU persistente ou recorrente após a falha da cirurgia primária e em populações especiais, nomeadamente idosas, com antecedentes de irradiação pélvica ou com várias comorbilidades.

EVIDÊNCIAS ICS/ ICUD 2017	NE
Os poucos estudos randomizados e controlados que existem sugerem que os resultados são semelhantes, independentemente da substância utilizada.	1b
A técnica transperineal pode estar associada a maior risco de retenção urinária quando comparada com a transuretral.	2b
Parece não haver diferença nos resultados se a injecção for realizada no colo vesical ou na uretra média.	2b

&gt;

>

EVIDÊNCIAS ICS/ ICUD 2017	NE
Permitem uma melhoria transitória dos sintomas, pelo que a sua eficácia requer injeções repetidas.	2
Os dados limitados sugerem alguns benefícios destes agentes em populações especiais, como as mulheres idosas com comorbidades.	4
As taxas globais de complicações são baixas.	2a

### 1.5 Esfíncter artificial

O esfíncter urinário artificial está indicado após falência das restantes técnicas ou em circunstâncias especiais (ex. na disfunção neurogénica esfíncteriana).

RECOMENDAÇÃO EAU GUIDELINES 2020	GR
O esfíncter urinário artificial para tratamento da IU feminina, deve ser limitado apenas a doentes altamente seleccionadas, com IUE recorrente e após aconselhamento adequado sobre este tipo de procedimento.	Fraco

### 1.6 Células estaminais

O uso das células estaminais para o tratamento da IU e disfunções urinárias tem vindo a ser proposto desde há alguns anos.

A sua eficácia no tratamento da IUE ainda não está estabelecida, por falta de estudos randomizados e controlados. O tipo de célula ideal, o método de injeção e as características para a transferência de células (inclusive o volume de células viáveis) permanecem áreas em estudo.

Esta terapêutica não deve ser oferecida a indivíduos com IUE, excepto em contexto de ensaios clínicos.

### 1.7 Radiofrequência (RFA)

A RFA é um método de aquecimento que provoca necrose e ablação tecidual ou desnaturação das proteínas. Tem sido utilizada a energia de baixo nível de radiofrequência para a desnaturação localizada do colagénio do colo vesical e da uretra proximal.

Não há provas suficientes para recomendar este procedimento para o tratamento da IU feminina.

### 1.8 LASER (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) vaginal

Os LASERs de Erbium: YAG ( $\lambda = 2,94 \text{ mm}$ ) e CO2 ( $\lambda = 10,6 \text{ mm}$ ) foram recentemente aplicados em ginecologia para o *resurfacing* sub-ablativo do tecido vaginal atrofico em mulheres pós-menopausa e para o tratamento da IUE feminina.

A energia do LASER ao aumentar temporariamente a temperatura do colágeno pode melhorar a sua estrutura e iniciar a neocolagênese.

São necessários estudos randomizados e controlados com seguimentos longos para determinar o uso do LASER no tratamento de IUE.

## 2. Incontinência Urinária de Urgência (IUU)

O tratamento cirúrgico da IUU está reservado para casos particulares.

### 2.1 Neuromodulação

A neuromodulação sagrada foi desenvolvida no início da década de 1980 por Tanagho e Schmidt, que demonstraram que a estimulação contínua da raiz sagrada S3 com eléctrodos conectados a um gerador de pulso implantado, poderia modular a actividade do detrusor e do esfíncter, melhorando o mecanismo de continência. A neuromodulação sagrada é também um tratamento potencial para outras formas de disfunção vesical e tem sido usada para distúrbios como a dor pélvica crónica e retenção urinária.

A neuromodulação sagrada pode ser uma opção terapêutica em pacientes com IUU refractária ao tratamento farmacológico.

A manutenção do efeito terapêutico requer a reprogramação do neuro-modulador e a revisão cirúrgica em um número substancial de pacientes.

### 2.2 Cistoplastia de aumento

A cistoplastia de aumento tem sido usada com diferentes graus de sucesso para bexiga hiperactiva refractária. Consiste na inserção de um segmento de intestino (devidamente preparado) na parede da bexiga.

A enterocistoplastia para BH idiopática só deve ser considerada em casos raros, quando outras terapêuticas falharam. As pacientes submetidas a

enterocistoplastia devem ser informadas sobre as possíveis alterações pós-operatórias como a necessidade de auto-algaliação e de acompanhamento a longo prazo.

Não existem estudos controlados randomizados, ensaios duplamente cegos ou estudos de longo prazo que tenham avaliado a eficácia e a segurança da cistoplastia de aumento para o tratamento da BH idiopática no adulto.

### 3. Incontinência Urinária de Esforço complicada

Consideramos IUE complicada, a IU pós tratamento cirúrgico, falha ou recidiva, IUE em mulheres submetidas a prévia radioterapia que tenha afectado os tecidos vaginais e uretrais e mulheres que apresentem IUE associada a Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP).

#### 3.1 Colpossuspensão ou Sling após falha cirúrgica

Pode persistir IUE ou ser diagnosticada novamente após algum tempo de *follow-up* e também pode ser diagnosticada IUU de novo após o tratamento da IUE. Qual a melhor técnica e que resultados esperar, são as duas questões que se põem.

Numa metanálise que inclui TVT *versus* TOT, no tratamento recorrente da IUE, ficou demonstrado que não existe diferença em termos de cura subjectiva e objectiva, depois de uma média de *follow-up* de 8 meses. Num estudo standartizado não foi encontrada diferença, objectiva e subjectiva entre a Colpossuspensão de Burch e o TVT.

Dispositivos de compressão externa, como o esfíncter artificial e o dispositivo de terapia de compressão ajustável (ACT®), são largamente utilizados no tratamento da IUE recorrente e nos casos em que se associa deficiência intrínseca do esfíncter, caracterizado por urodinâmica como pressão máxima de encerramento uretral baixa e ALPP < 60 cm H<sub>2</sub>O. Mais recentemente surgiu um esfíncter artificial ajustável, que tem como mais valia a oclusão condicionada.

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS, EAU GUIDELINES 2020	NE
A maior parte dos procedimentos serão menos eficazes quando usados como um procedimento de segunda linha	2
Nas mulheres que tenham sido submetidas a 2 procedimentos de IUE, os resultados de colpossuspensão aberta são inferiores a sling de fâcia autóloga	2
Tension-free vaginal tape (TVT) e Transobturador tape (TOT) têm resultados similares em pacientes com IUE recorrente	1a
A colpossuspensão de Burch tem taxas de sucesso objectivas e subjectivas similares, quando comparada com o TVT	1b
A Implantação de esfíncter artificial pode melhorar ou curar a IUE causada por Deficiência Intrínseca do Esfíncter (DIE)	3
A implantação da terapia de compressão ajustável (ACT®), pode melhorar a IU complicada	3
Complicações, falhas mecânicas e exposição dos dispositivos podem ocorrer com o esfíncter artificial e com o ACT®	3
A exposição dos dispositivos é mais frequente em mulheres mais idosas e nas que foram submetidas previamente a colpossuspensão de Burch ou radioterapia pélvica	3

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
O tratamento de IUE complicada, deve ser realizado em Centros de Referência	Fraco
A escolha da cirurgia para IUE recorrente deve ser baseada numa cuidadosa avaliação da paciente, incluindo estudos urodinâmicos completos e exames de imagem se apropriados	Fraco
Informar as mulheres com IUE recorrente que o resultado dos procedimentos cirúrgicos usados em segunda linha é normalmente inferior ao seu resultado quando usado em primeira linha, quer em termos de eficácia quer de risco acrescido de complicações	Fraco
Considerar um sling sintético, colpossuspensão ou sling autólogo como primeira opção em mulheres com IUE complicada	Fraco
Informar as mulheres que recebam Esfíncter Artificial ou ACT®, que embora a cura seja possível, mesmo em centros de referência, existe um elevado risco de complicações, falha mecânica ou necessidade de o retirar	Fraco

### 3.2 IUE e POP em simultâneo

Existe uma associação clara entre IU e POP. A questão principal que se põe é se devemos corrigir em simultâneo o POP e a IUE presente ao exame físico ou oculta, demonstrada após redução do POP.

Em estudos standartizados de cirurgia de POP com ou sem cirurgia de IUE, ficou demonstrado que as duas cirurgias em simultâneo diminuíam o risco de IUE pós-operatória, mas aumentavam a taxa de retenção urinária e eventos adversos.

É difícil generalizar os resultados de estudos com diferentes procedimentos para tratar POP e IUE. As mulheres devem ser informadas de que existe uma forte evidência de que a IUE é menos frequente, quando combinados os 2 procedimentos no mesmo acto operatório e que a taxa de complicações é provavelmente mais alta nesta situação.

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
<i>Mulheres com POP e IU</i>	
Cirurgia para POP + IUE demonstra uma taxa de sucesso mais alta a curto prazo, do que cirurgia de POP isolada	1a
Existe evidência contraditória a longo prazo, sobre o benefício da cirurgia de POP + IUE vs POP isolada	1a
A cirurgia combinada de POP + IUE comporta maior risco de eventos adversos do que a cirurgia isolada de POP	1a
<i>Mulheres continentas com POP</i>	
Estão em risco de desenvolver IU pós-operatoriamente	1a
A decisão de realizar uma cirurgia profilática de IUE reduz o risco de IU pós-operatória	1a
A decisão de realizar uma cirurgia profilática de IUE aumenta o risco de eventos adversos	1a
<i>Mulheres com POP e Bexiga hiperactiva</i>	
Existe evidência de baixo nível ou inconsistente de que a cirurgia de POP melhora a sintomatologia de bexiga hiperactiva	2

<b>RECOMENDAÇÕES PARA MULHERES QUE PRETENDEM CIRURGIA DE POP E QUE TÊM IUE SINTOMÁTICA OU OCULTA</b>	<b>GR</b>
Propor simultaneamente cirurgia de POP e IUE	Forte
Informar as mulheres do risco aumentado de eventos adversos com a cirurgia combinada comparado com a cirurgia de POP isolada	Forte
<i>Recomendações para mulheres que pretendam cirurgia para POP sem IUE sintomática ou oculta</i>	
Informar as mulheres que existe risco de desenvolver IUE de novo, depois da cirurgia	Forte
Avisar as mulheres de que o benefício da cirurgia de IUE pode ser ultrapassado pelo aumento do risco de eventos adversos com a cirurgia combinada	Forte

<b>SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020</b>	<b>NE</b>
O <i>Sling</i> colocado na uretra média por via retropúbica, providência cura subjectiva e objectiva equivalente para a IUE, quando comparado com a colpossuspensão	1a
<i>Slings</i> sintéticos da uretra média inseridos por via transobturadora ou retropúbica, providenciam resultados equivalentes, reportados pelas doentes ao fim de 5 anos	1a
<i>Slings</i> sintéticos da uretra média inseridos por via retropúbica, têm melhores resultados subjectivos reportados pelas pacientes, aos 8 anos	1b
Uma análise a longo prazo de cohorts de <i>slings</i> sintéticos da uretra média, demonstraram uma resposta sustentada a 10 anos	2b
A via retropúbica está associada a maior risco intra-operatório de perfuração vesical e a um maior risco de retenção urinária do que a via transobturadora	1a
A via transobturadora está associada a um maior risco de dor na virilha	1a
Análises a longo prazo demonstraram não haver diferenças em termos de eficácia da via <i>outside in e inside out</i>	2a
A via retropúbica, de cima para baixo, demonstrou maior risco de retenção urinária no pós-operatório	1b
O <i>sling</i> sintético ajustável pode ser eficaz no tratamento da IUE na mulher	3
Não existe evidência de que o <i>sling</i> ajustável seja superior ao <i>sling</i> convencional	4
A eficácia comparativa entre <i>minislings</i> e <i>slings</i> convencionais é incerta	1b
O tempo operatório para um <i>minislings</i> é menor do que para os <i>slings</i> retropúbicos convencionais	1b



## I INCONTINÊNCIA URINÁRIA

>

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS EAU GUIDELINES 2020	NE
A perda hemática e a dor pós-operatória imediata é menor na inserção dos <i>minislings</i> comparativamente com <i>slings</i> convencionais da uretra média	1b
Não há evidência que outros resultados adversos da cirurgia, sejam mais frequentes com os <i>slings single incision</i> do que com os <i>slings</i> convencionais	1b
A cirurgia da IUE tem resultados similares nas mulheres com mais de 65 anos	2a
O risco de falha cirúrgica ou eventos adversos parece aumentar com a idade	2
Não há evidência que um procedimento cirúrgico seja superior a outro, em termos de eficácia e segurança, em mulheres mais velhas	4
A cirurgia da incontinência pode ser executada de forma segura em mulheres obesas, no entanto os resultados são inferiores	2b
Em mulheres submetidas a cirurgia de IUE, a incontinência coital pode agravar	3
É pouco provável uma deterioração da função sexual após cirurgia da IUE	2a
Melhoria na vida sexual é mais provável com os <i>minislings</i> do que com os convencionais	1a
Injeção periuretral com <i>bulking agents</i> pode proporcionar a breve prazo melhoria ou cura (12 meses), em mulheres com IUE	1b
Os <i>bulking agents</i> são menos eficazes do que a colossuspensão ou os <i>slings</i> autólogos no tratamento da IUE	1b
Injeção de gordura autóloga ou ácido hialurônico como <i>bulking agents</i> tem um maior risco de eventos adversos	1b
A taxa de eventos adversos com <i>bulking agents</i> é menor comparada com cirurgia aberta	2a
Não existe evidência que demonstre que um <i>bulking agent</i> é superior a outro	1b
A via peri-uretral de aplicação do <i>bulking agent</i> , pode estar associada a maior risco de retenção urinária comparada com a via transuretral	2b

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Propor <i>sling</i> da uretra média a mulheres com IUE não complicada	Forte
Informar as pacientes discriminando as complicações associadas a cada técnica	Forte
Informar as pacientes a quem foi oferecido <i>minisling</i> , que a eficácia a longo prazo permanece incerta	Forte

>

&gt;

RECOMENDAÇÕES EAU GUIDELINES 2020	GR
Informar as doentes que pretendam ser submetidas a colposuspensão, que a cirurgia implica um tempo operatório prolongado, estadia no hospital e recuperação prolongadas, assim como um alto risco de desenvolver prolapso dos órgãos pélvicos e disfunção no esvaziamento vesical pós-operatório	Forte
Informar as mulheres mais idosas com IUE acerca do aumento de riscos associados à cirurgia, incluindo a baixa possibilidade de sucesso	Fraco
Informar as pacientes de que qualquer cirurgia vaginal pode ter impacto na função sexual, que é na generalidade positivo	Fraco
Só propor novos dispositivos, para os quais não existe nível de evidência 1, como parte de um programa de investigação estruturado	Forte
Só propor <i>slings</i> ajustáveis como primeira cirurgia para tratamento da IUE, como parte de um programa de investigação estruturado	Forte
Propor <i>bulking agents</i> a mulheres com IUE que pretendam um procedimento de baixo risco, com o entendimento que injeções repetidas serão necessárias e que a duração a longo prazo não está estabelecida	Forte

## Bibliografia

Abrams P, Cardozo L, Waggs A, Wein A. Incontinence 6 th edition 2017: 1743-1816.

Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Nilsson CG, Pickard R, Tubaro A. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. European Association of Urology 2020:39-47.

Guidelines for Adult Urinary Incontinence Colaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association. Can Urol Ass J 2012;6(5):354-363.

Urinary Incontinence in Women. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletins 2015 guidelines.

Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL et al. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2014;211:71.e1-27.

Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, Creta M, La Falce S, Waltregny D, Novara G. Updated Systematic Review and Meta-analysis of the Comparative Data on Colposuspensions, Pubovaginal Slings, and Midurethral Tapes in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. Eur Urol 2017;72:567-591

Lapitan MC, Cody DJ. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2012;6,CD002912.

Kraus SR, Lemack GE, Richter HE et al. Changes in urodynamic measures Two years after Burch colposuspension or autologous sling surgery. *Urology* 2011;78(6):1263–1268.

Tennstedt SL, Litman HJ, Zimmern P et al. Quality of life after surgery for stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19(12):1631–8.

Brubaker L, Richter H, Norton P, Albo ME et al. 5-year continence rates, satisfaction and adverse events of Burch urethropexy and fascial sling surgery for urinary incontinence. *J Urol* 2012;187:1324–1330.

Brown SL, Govier FE. Cadaveric versus autologous fascia lata for the pubovaginal sling: surgical outcome and patient satisfaction. *J Urol* 2000;164:1633-1637.

Hassouna ME, Ghoniem GM. Long-term outcome and quality of life after modified pubovaginal sling for intrinsic sphincteric deficiency. *Urology* 1999;53:287-291.

Wright EJ, Iselin CE, Carr LK et al. Pubovaginal sling using cadaveric allograft fascia for the treatment of intrinsic sphincter deficiency. *J Urol* 1998;160:759-762.

Chaikin DC, Rosenthal J, Blaivas JG. Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis. *J Urol* 1998;160:1312-1316.

Haab F, Trockman BA, Zimmern PE et al. Results of pubovaginal sling for the treatment of intrinsic sphincteric deficiency determined by questionnaire analysis. *J Urol* 1997;158:1738-1741.

Govier FE, Gibbons RP, Correa RJ et al. Pubovaginal slings using fascia lata for the treatment of intrinsic sphincter deficiency. *J Urol* 1997;157:117-121.

Cross CA, Cespedes RD, McGuire EJ. Treatment results using pubovaginal slings in patients with large cystoceles and stress incontinence. *J Urol* 1997;158:431-434.

Zaragoza MR. Expanded indications for the pubovaginal sling: treatment of type 2 or 3 stress incontinence. *J Urol* 1996;156:1620-1622.

Mason RC, Roach M. Modified pubovaginal sling for treatment of intrinsic sphincteric deficiency. *J Urol* 1996;156:1991-1994.

Blaivas JG, Olsson CA. Stress incontinence: classification and surgical approach. *J Urol* 1988;139:727-731.

Beck RP, McCormick S, Nordstrom L. The fascia lata sling procedure for treating recurrent genuine stress incontinence of urine. *Obstet Gynecol* 1988;72:699-703.

McGuire EJ, Bennett CJ, Konnak JA et al. Experience with pubovaginal slings for urinary incontinence at the University of Michigan. *J Urol* 1987;138:525-526.

Milose JC, Sharp KM, He C et al. Success of autologous pubovaginal sling after failed synthetic mid urethral sling. *J Urol* 2015;193:916-920.

# PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

## 1 – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A prevalência real do prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é difícil de quantificar por diversas razões. Diferentes sistemas de classificação são utilizados para o seu diagnóstico, as taxas variam consoante se avaliam mulheres sintomáticas ou assintomáticas, sendo também desconhecido o número de doentes com POP que não recorrem aos cuidados médicos, seja por vergonha ou por assumirem que se trata de uma evolução natural do processo de envelhecimento.

A prevalência global de POP baseada na avaliação clínica em mulheres na menopausa acima dos 50 anos foi cerca de 40%. O prolapso do compartimento anterior é o mais prevalente (34%), seguido do posterior (18%) e por último do apical (14%).

A prevalência de POP sintomático, descrito como sensação de abaulamento vaginal, tem sido consistente nos diversos estudos, variando entre 5 a 10%.

Em Portugal, entre 2000 e 2012, foram registadas nos hospitais públicos, cerca de 46.819 altas com o diagnóstico principal ou secundário de POP. Neste período o número total de admissões hospitalares por POP aumentou 105%.

Vários factores de risco são conhecidos para o POP. A idade é um dos principais, sendo que a prevalência de POP sintomático aumenta até cerca dos 60 anos, permanecendo constante a partir desta idade. Estima-se que nos próximos 40 anos, o número de cirurgias por POP irá aumentar cerca de 40%, devido ao aumento da esperança média de vida. Em Portugal, em 1970, a esperança média de vida à nascença para o sexo feminino era de 70,3 anos tendo passado para 83,3 anos em 2015. Um estudo realizado em Portugal verificou que o número de mulheres submetidas a cirurgia para correcção de POP aumentou significativamente acima dos

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

65 anos entre 2000 e 2012, facto que pode ser explicado pelo aumento da esperança média de vida e por uma maior procura dos cuidados médicos.

Outro factor de risco importante e vastamente estudado é a paridade. Comparativamente à nuliparidade, o risco de POP aumenta cerca de quatro vezes após o primeiro parto, oito após o segundo, nove após o terceiro e dez vezes após o quarto parto. Nas mulheres multíparas, estima-se que cerca de 75% dos casos de POP estão relacionados com a gravidez e o parto, estando o parto vaginal associado a um risco mais elevado.

Uma meta-análise de 22 estudos mostrou que as mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam um risco aumentado de POP de cerca de 40 a 50% quando comparadas com mulheres com índice de massa corporal normal.

Verifica-se que a prevalência é menor nas melanodérmicas. A história familiar tem sido associada a um aumento do risco de 2,5 vezes. Outros factores de risco são: obstipação crónica, doença pulmonar crónica, tabagismo, status pós histerectomia, doenças do tecido conjuntivo (ex. Síndrome de Ehlers-Danlos), anomalias congénitas (ex. extrofia vesical) e hábitos de trabalho pesados.

## 2 – DEFINIÇÕES

### Prolapso

Deriva do latim *prolapsus* (deslizamento) e designa a descida de um órgão, ou parte de um órgão.

### Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP)

O POP, na mulher, corresponde à herniação com deslocamento inferior de uma, ou mais das seguintes estruturas:

- > parede anterior ou posterior da vagina;
- > útero ou cúpula vaginal (pós histerectomia);
- > órgãos adjacentes (tais como bexiga, recto ou intestino).

Esta definição reflecte, primariamente, uma modificação anatómica. A sua presença deve ser correlacionada com a existência de sintomas relevantes. Em determinados casos estas alterações podem ser consideradas uma variante do normal, sendo que a descida ligeira de órgãos pélvicos é comum e, isoladamente, não deve ser considerada patológica. A sintomatologia associada desempenha um papel fundamental na determinação do significado clínico do POP.

De acordo com as estruturas prolapsadas são utilizadas as seguintes designações:

- > Prolapso do compartimento anterior - protrusão da parede vaginal anterior frequentemente associada a descida da bexiga (cistocelo) e/ou uretra (uretrocelo);
- > Prolapso do compartimento médio / apical – protrusão do útero / colo (histerocelo), ou cúpula vaginal pós-histerectomia (frequentemente associada a descida do intestino delgado - enterocelo);
- > Prolapso do compartimento posterior – protrusão da parede vaginal posterior, frequentemente associada a descida do recto (rectocelo).

A terminologia prolapso do compartimento anterior, médio ou posterior deve ser preferida aos termos cistocelo, histerocelo / prolapso da cúpula,

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

enterocelo ou rectocelo, visto que não existe uma correlação fiável entre a parede vaginal prolapsada ao exame objectivo e as vísceras associadas. Ainda assim, a divisão da vagina em diferentes compartimentos pode ser considerada algo arbitrária, visto que esta é um órgão contínuo e o prolapso de um compartimento está frequentemente associado ao prolapso de outros compartimentos.

### 3 – CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

#### 3.A – História Clínica e Exame Físico

A avaliação dos sintomas relacionados com o POP e sua relação com a qualidade de vida é a parte mais importante da avaliação de uma mulher com esta patologia.

##### **Anamnese:**

1. Tratamento primário / secundário do POP
  - > Idade.
  - > Antecedentes médicos / cirúrgicos / ginecológicos / obstétricos.
  - > Hábitos medicamentosos / tabágicos.
  - > IMC.
2. Avaliação dos sintomas associados ao POP / interferência na qualidade de vida:
  - > Sensação de "bola" ao nível da vagina / pressão pélvica / hemorragia genital por lesão do colo ou da mucosa vaginal / leucorreia;
  - > Retenção urinária / esvaziamento incompleto da bexiga / infecções urinárias de repetição;
  - > Necessidade de digitação para urinar ou evacuar.
3. Pesquisa de outros sintomas associados à disfunção do pavimento pélvico, nomeadamente:
  - > Incontinência urinária;
  - > Incontinência de gases ou fezes;
  - > Disfunção sexual.

##### **Exame Físico**

**Inspecção da vulva:** atrofia, ulceração, irritação.

**Exame com espéculo:** a avaliação do POP deve ser feita após observação ginecológica e com o espéculo dissociado nas suas duas valvas; o compartimento anterior e médio com a valva posterior e o compartimento posterior e períneo com a valva anterior.

Esta avaliação deve ser feita com a manobra de Valsalva, com tosse ou ambas.

Deve ser realizada a quantificação do POP através do POP-Q e avaliado o tónus dos músculos do pavimento pélvico.

### 3.B – Classificação

O diagnóstico de todas as alterações presentes e a sua classificação é essencial para o sucesso do tratamento a instituir. Vários métodos de classificação foram utilizados ao longo dos anos.

Em 1972, foi introduzida na prática clínica a classificação de Baden-Walker, que foi progressivamente alvo de críticas pelo seu carácter subjectivo e pouco reproductível.

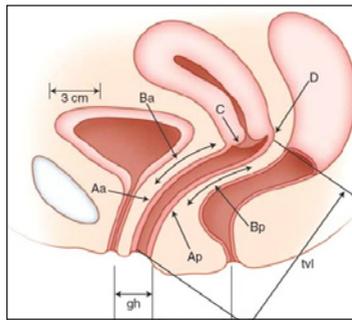
Em 1996, Bump propõe uma nova classificação, o *Pelvic Organ Prolapse Quantification system* (POP-Q), mais objectiva e reproductível, visando uniformizar as descrições sobre os prolapsos. É actualmente o método reconhecido e validado pela *International Urogynecological Association* (IUGA) e pela *International Continence Society* (ICS).

Esta classificação baseia-se num ponto fixo, o hímen, e seis pontos de referência: dois na parede anterior, dois na parede posterior (medidos na linha média vaginal) e dois apicais. São ainda avaliados o comprimento total da vagina, a dimensão do hiato genital e do corpo perineal (Figura 6).

A avaliação da doente deverá ser efectuada preferencialmente com a bexiga e com a ampola rectal vazias, na posição que melhor reproduzir as suas queixas, nomeadamente em posição de litotomia dorsal, lateral esquerda (SIMS) ou ortostática, durante uma manobra de esforço (Valsalva) máxima.

A determinação do comprimento total da vagina é a única medida que deve ser realizada em repouso.

O exame é realizado utilizando um espéculo e/ou uma valva, com auxílio de uma régua, sendo registada a máxima protrusão do prolapso visualizada. O prolapso é quantificado em centímetros (cm) a partir do hímen. Assim sendo, as estruturas acima do hímen são marcadas em centímetros negativos, enquanto as estruturas prolapsadas abaixo ou distais ao hímen são marcadas em centímetros positivos. As estruturas situadas ao nível do hímen são marcadas como zero.



**Figura 6** – Pontos de referência no sistema de avaliação POP-Q

### Parede vaginal anterior

**Ponto Aa** – localizado na linha média, 3 cm acima do meato uretral (correspondente à junção uretro-vesical). Os valores podem oscilar entre -3 a +3 cm.

**Ponto Ba** – localizado na linha média, é o ponto mais distal entre o ponto Aa e o fundo de saco vaginal anterior ou a cúpula vaginal (no caso das mulheres hysterectomizadas). Na ausência de prolapso este ponto localiza-se a -3 cm, e na presença de prolapso total tem um valor positivo igual ao ponto C.

### Parede vaginal posterior

**Ponto Ap** – localizado na linha média, 3 cm acima do hímen. Os valores podem oscilar entre -3 a +3 cm.

**Ponto Bp** – localizado na linha média, é o ponto mais distal entre o ponto

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Ap e o fundo de saco vaginal posterior (ponto D) ou a cúpula, isto é, representa a posição mais distal de qualquer parte da parede vaginal posterior. Na ausência de prolapso este ponto localiza-se a -3 cm, e na presença de prolapso total da cúpula poderá ter um valor positivo igual à posição da cúpula.

### Pontos apicais

**Ponto C** – ponto mais distal do colo uterino, ou da cúpula vaginal.

**Ponto D** – localizado no fundo de saco vaginal posterior nas mulheres com colo uterino (corresponde ao nível de inserção dos ligamentos útero-sagrados). Na ausência de colo uterino este ponto é omissivo.

O ponto D permite distinguir a falência da suspensão do complexo ligamentar útero-sagrado / cardinal, do alongamento hipertrófico do colo.

Quando o Ponto C é significativamente mais positivo que o ponto D, é sugestivo de alongamento hipertrófico do colo, que poderá ser simétrico ou excêntrico.

### Outras medidas

**Comprimento total da vagina (CTV)** – comprimento da vagina desde o fundo de saco posterior até ao hímen, quando o ponto C ou D é reduzido à sua posição normal.

**Hiato genital (HG)** – distância do meato uretral até à margem posterior do hímen.

**Corpo perineal (CP)** – distância da margem posterior do hímen até ao ânus.

As medidas podem ser assinaladas como uma sequência de números, respectivamente para os pontos Aa, Ba, C, D, Bp, Ap, CTV, HG, CP, ou pode ser usada uma tabela, de modo a organizá-las de forma mais concisa (Tabela 11).

Dever-se-á ter em atenção que as medidas determinadas numa doente imediatamente após a remoção de um pessário poderão subestimar o seu grau do prolapso. De igual modo, a avaliação intra-operatória, com

tracção do prolapso, poderá ser diferente da avaliação em ambulatório.

Parede anterior Aa	Parede anterior Ba	Colo uterino ou cúpula vaginal C
Hiato genital HG	Corpo Perineal CP	Comprimento vaginal total CTV
Parede posterior Ap	Parede posterior Bp	Fundo de saco vaginal posterior D

**Tabela 12** – Grelha representativa das nove medidas avaliadas pelo POP-Q.

Após a determinação dos pontos e a partir destas medidas, a ICS estabeleceu um sistema de classificação dos prolapso urogenitais, em cinco estadios tendo em consideração a sua porção mais distal (Figura 7):

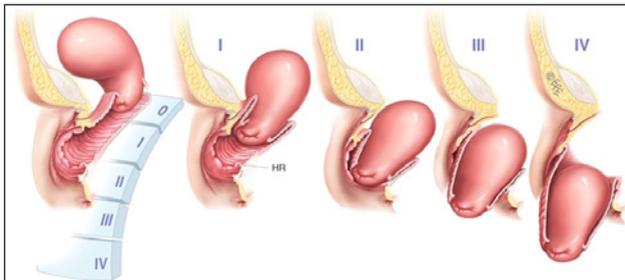
**Estadio 0** - ausência de prolapso;

**Estadio I** - a porção mais distal do prolapso está localizada a mais de um 1 cm acima do hímen;

**Estadio II** - a porção mais distal do prolapso está localizada entre um 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen;

**Estadio III** - a porção mais distal do prolapso está localizada entre um 1 cm abaixo do hímen e o comprimento total da vagina (CTV) – 2 cm;

**Estadio IV** - CTV – 2 cm até eversão completa do prolapso.



**Figura 7** – Estadiamento dos prolapso urogenitais

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

De forma a facilitar a avaliação da doente, surgiu uma forma simplificada do POP-Q, introduzida por Swift em 2002, usando apenas *quatro pontos* de referência (Ba, Bp, C e D) (Figura 8). A doente é avaliada em posição de litotomia dorsal, durante a realização de manobra de Valsalva ou esforço de tosse. Esta classificação apresenta apenas quatro estadios, excluindo o estadio zero da classificação original.

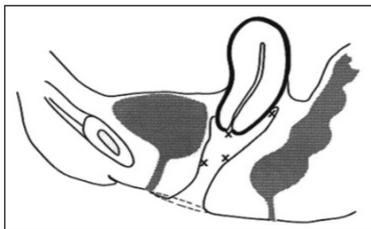


Figura 8 – POP-Q simplificado

Nos últimos anos têm surgido algumas publicações com referência a novos conceitos e medidas, nomeadamente níveis anatómicos e comprimentos vaginais, medidas perineais e da parede posterior da vagina, com o intuito de melhorar os resultados cirúrgicos, estando ainda a aguardar validação.

O POP-Q permite uma classificação padronizada do POP, fundamental em protocolos de investigação, na actividade assistencial e na avaliação de resultados das intervenções cirúrgicas.

### Bibliografia

Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1496–1501

ACOG Practice Bulletin; Number 185, nov 2017

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecological Association, International Continence Society. Neurourol Urodyn* 2010;29:4–20.

Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24:1783–1790.

Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:579–585.

Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Munoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol* 2011;118:777–784.

Vergeldt TF, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers KB. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2015;26:1559–1573.

Blandon RE, Bharucha AE, Melton LJ 3rd, Schleck CD, Babalola EO, Zinsmeister AR et al. Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:664–667.

Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2005;106:615–634.

Nieminen K, Huhtala H, Heinonen PK. Anatomic and functional assessment and risk factors of recurrent prolapse after vaginal sacrospinous fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:471–478.

Diez-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:1317–1324.

Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C et al. Fourth International Consultation on Incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29:213–240.

Pham T, Burgart A, Kenton K, Mueller ER, Brubaker L. Current use of pelvic organ prolapse quantification by AUGS and ICS members. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011;17(2):67–69.

Bernard T, Haylen et al. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J* 2016;27:655–684.

Kate H. Moore. Physical examination. *Urogynecology: Evidence-based clinical practice* 2006;2:13–21.

Paul Abrams, Linda Cardozo, Adrian Wagg, Alan Wein. Incontinence 6th Edition. Pelvic assessment: Pelvic floor strength and pelvic organ prolapse 2017;5:516–521.

Viviane Herrmann, Jorjan de Jesus Cruz, Teresa Mascarenhas, Eric Wroclawski. Classificação e quantificação dos prolapso genitais. *Uroginecologia Ilustrada* 2005;5:37–39.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Teresa Mascarenhas. Disfunção do pavimento pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In Manual de Ginecologia 2011;30:97-139.

Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra et al. Comparação entre as Terminologias Padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o Prolapso Pélvico Feminino. Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2004;26(6):441-447.

Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging. Journal of Medicine and Life January – March 2011;4(1):75-81.

Vu D, Haylen BT, Tse K et al. Surgical anatomy of the uterosacral ligament. Int Urogynecol J 2010;21:1123–1128.

Haylen BT, Kerr S, Naidoo S et al. Posterior vaginal compartment repairs: where are the main anatomical defects? Neurourol Urodyn 2015;34:S130–S131.

Haylen BT, Avery D, Chiu T et al. Posterior repair quantification (PR-Q) using key anatomical indicators (KAI). Int Urogynecol J 2014;25(12): 1665–1772, Neurourol Urodyn 2014;33: 900–911.

Haylen BT, Younis M, Naidoo S et al. Perineorrhaphy quantitative assessment. Int Urogynecol J 2015;26:539–544.

### 3.C – Exames Complementares de Diagnóstico

#### 3.C.1 – Análise de urina

A análise da urina é um exame fundamental na avaliação das doentes com problemas urológicos e de prolapso urogenital. Em muitas situações, a análise do tira teste fornece a informação necessária. No entanto, poderá ser preciso uma análise urinária completa, que inclui avaliação química e microscópica, para esclarecimento de uma hematúria, piúria e bacteriúria.

A piúria, bacteriúria, esterase leucocitária e nitritos positivos, detectadas pelo tira teste, são importantes sinais de ITU. A sensibilidade e a especificidade destes para a ITU aumenta quando associados. A realização de uma urocultura deverá ser feita em doentes assintomáticas com tira teste positivo e nas sintomáticas com tira teste negativo.

A hematúria detectada pelo tira teste implica o estudo microscópico do sedimento. A microhematúria assintomática está presente nas doentes com cancro da bexiga em estadios precoces, contudo o cancro urológico

representa apenas 2-3% dos casos de hematúria microscópica detectada. Importante excluir causas benignas como a infecção, exercício vigoroso e doenças renais. Tem-se constatado a sua presença, na mulher com prolapso, com uma frequência de cerca de 20%.

A citologia urinária não é considerada um teste de rastreio de neoplasia urinária, pela baixa sensibilidade e elevado custo, contudo deverá ser realizada na presença de micro-hematúria, ou sintomas suspeitos.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
O tira teste não é tão exacto quanto a urocultura, sendo específico para infecção, mas não sensível.	2	D
Recomenda-se a análise da urina, realizada por tira teste ou por avaliação do sedimento, nas doentes incontinentes.	5	D
Se o tira teste é usado, recomenda-se que inclua campos para a detecção de hematúria, glicose, esterase leucocitária e teste de nitritos.	5	D
Com o tira teste poder-se-á detectar outros elementos na urina como: proteínas, bilirrubina, cetonas e pH, que poderão ser úteis numa avaliação médica mais ampla. Contudo, não essenciais no contexto da avaliação das doentes com IU ou ITU.	5	D

### 3.C.2 – Inquéritos de Qualidade de Vida

Historicamente, foi atribuído valor ao prolapso em si e ao seu grau, avaliação médica e do componente anatómico, tendo sido muito descurada a componente de qualidade de vida das mulheres afectadas. A avaliação dos resultados do tratamento está, ainda, fundamentalmente, assente numa avaliação subjectiva, anatómica, e pouco baseada na compreensão do verdadeiro benefício, entendendo a mulher de uma forma mais holística. Para colmatar esta lacuna, a avaliação da qualidade de vida através de questionários validados, preenchidos antes do tratamento e após o mesmo, tem sido cada vez mais advogada pelas sociedades científicas internacionais. A percepção subjectiva de cura é, hoje em dia, considerada tão importante quanto a avaliação objectiva. Os inquéritos de qualidade de vida deverão ser incluídos em todos os ensaios clínicos como um complemento aos parâmetros de avaliação tradicionais.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Múltiplos questionários foram desenvolvidos, inicialmente mais detalhados e complexos, sendo hoje em dia cada vez mais simples, de forma a serem preenchidos mais rapidamente e com aplicação mais fácil na prática clínica, sem perderem qualidade. Estes questionários têm vindo a ser validados nas diferentes línguas, existindo já algumas versões validadas em português, no Brasil. Optámos pelo Prolapso - Questionário de Qualidade de Vida (P-QoL) (Anexo 4), adaptando-o à nossa linguagem (sendo de relevar que não se encontra devidamente validado em Português), pela sua simplicidade e uso em grande escala pelo mundo todo. É um questionário de compreensão simples, que permite de forma adequada caracterizar o prolapso e o seu impacto na qualidade de vida das doentes. Quando preenchido obtemos uma escala de 0 a 100 pontos, permitindo compreender adequadamente a sintomatologia da doente.

### OBJECTIVOS DOS QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA NO POP

Ajudam a definir melhor a associação entre os defeitos anatómicos observados e os sintomas relacionados, permitindo compreender de forma mais objectiva quais as doentes que verdadeiramente beneficiam de tratamento cirúrgico, visto que nem sempre a gravidade do prolapso se correlaciona bem com a intensidade dos sintomas.

As nossas atitudes, mais conservadoras ou mais agressivas em termos cirúrgicos, são devidamente validadas pelas expectativas das doentes e resultados observados.

As nossas decisões são mais fundamentadas e adequadas.

Permitem ainda avaliar tratamentos, ver os desfechos obtidos e a satisfação das doentes com os mesmos.

Permitem comparar diferentes tratamentos e seleccionar o mais adequado.

O uso de questionários validados juntamente com um sistema padronizado de estadiamento do prolapso genital fornece-nos novas ferramentas para avaliar os resultados do tratamento.

**Tabela 13** – Objectivos dos P-QoL

A eficácia e o sucesso do tratamento não devem ser, apenas, determinados pelo desfecho anatómico, mas também pelas melhorias dentro de uma ampla variedade de parâmetros emocionais e sociais, com impacto importante no dia a dia das doentes. É essencial uma avaliação pré-operatória adequada, de forma a identificar as candidatas ideais ao tratamento,

dado que não há uma correlação estreita entre as alterações anatómicas e a melhoria dos sintomas e qualidade de vida após tratamento cirúrgico.

### NOTA:

- 1 – Aconselhamos a utilização de tamanho mínimo de letra 16, de forma a ultrapassar as dificuldades de utentes com diminuição da acuidade visual.
- 2 – Doentes analfabetas devem ser ajudadas a completar o questionário por familiares ou acompanhantes.

### 3.C.3 – Estudos Urodinâmicos

#### O papel dos EUD na previsão de IUE e disfunções no esvaziamento após correcção do POP

Em Uroginecologia, a apreciável IU que pode aparecer após a correcção de um POP, constitui um problema. A probabilidade de a doente desenvolver uma IUE após a correcção de POP é de 7-28%.

Muitas destas doentes têm de colocar o cistocelo no seu lugar, para iniciarem uma micção. Se não digitarem o cistocelo podem ter hesitação no início da micção, necessidade de fazer força com os músculos abdominais para iniciar a micção e apresentar um *dribbling* terminal. Nestes casos está indicado a realização de EUD com pessário, que aumenta a probabilidade de diagnosticar uma IU oculta. Isto permite que se equacione uma cirurgia de IU aquando da correcção do POP.

Uma *standartização* de métodos para rastrear / diagnosticar IUE oculta em mulheres com POP é necessária e as pacientes necessitam de ser informadas acerca da relativa imprevisibilidade no desenvolvimento de IUE após a cirurgia de POP, mesmo quando os EUD são realizados.

Estudos efectuados, concluíram que a presença de diabetes *mellitus*, a MUCP baixa e um comprimento uretral funcional baixo são factores preditivos de aparecimento de IUE após a correcção de POP, e por isso, estas mulheres devem ser aconselhadas à colocação de um *sling* concomitantemente com a correcção do POP.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES – CONCLUSÕES	NE	GR
Pacientes com IU oculta devem ser informadas acerca da possibilidade de colocação concomitante de <i>sling</i> suburetral durante a cirurgia de correcção de POP.	1a	A
A colocação de <i>sling</i> suburetral pode ser realizada posteriormente, cerca de 3 meses após a correcção do POP.	2	A
Uma mulher que apresente POP e IU na consulta pode ser proposta para correcção simultânea.	2	B

Baseados em estudos recentes e em evidência epidemiológica, ficou demonstrado que o tratamento de doentes com IUE não complicada, sem EUD prévios, constitui um risco de insucesso. No entanto, as *guidelines* não os recomendam sistematicamente. Deve-se ter presente que os estudos que contradizem, têm baixas amostragens e *follow-up* curto, não superior a 5 anos.

Outras indicações, para EUD prévios à correcção cirúrgica de POP são: doenças crónicas degenerativas que possam comprometer a inervação pélvica (ex. diabetes), pacientes com longa evolução do seu prolapso (têm muito provavelmente bexigas de esforço, com deficiente esvaziamento e fluxo muito reduzido) e pacientes que tenham sido submetidas a cirurgia pélvica ou sagrada, que possam ter alterado / danificado as raízes nervosas que inervam a bexiga e uretra. Com os resultados destes exames poderemos antever complicações pós-cirúrgicas no esvaziamento vesical e aconselhar as doentes que pretendam mesmo assim a sua correcção.

CONCLUSÃO	NE	GR
Uma revisão sistemática concluiu, que a história clínica e o <i>stress test</i> são bons preditores de IUE nos EUD. Não existe evidência que confirme a necessidade de EUD prévios à correcção cirúrgica de POP. A IU oculta pode correctamente ser diagnosticada com o <i>stress test</i> , com a bexiga confortavelmente cheia e após a redução do prolapso.	3	0

EVIDÊNCIAS	NE
Estudos prospectivos, mostraram que a cistometria não prediz os resultados de um <i>sling</i> suburetral, com base num diagnóstico clínico de IUE, quando as pacientes são seleccionadas para uma correcção cirúrgica de POP.	2-3
Os EUD são considerados como o <i>gold standard</i> para o diagnóstico de LUTS. No entanto não está claramente definido em que tipo de pacientes um diagnóstico urodinâmico é necessário para um tratamento eficaz a longo prazo.	1
Os critérios clínicos para diagnóstico de IUE não são reprodutíveis nem uniformemente aceites. Também não há critérios específicos para IUE complexa associada a POP.	1

### 3.C.4 – Ecografia do Pavimento Pélvico no estudo do Prolapso Urogenital

A ecografia no estudo das disfunções do pavimento pélvico ainda não é globalmente aceite como exame de rotina na avaliação do POP, no entanto é útil como complemento ao exame objectivo uroginecológico. É usada para documentação morfológica e funcional. Pode ser importante no diagnóstico dos diferentes tipos de prolapso: no compartimento anterior, permite determinar o tipo de defeito associado ao cistocelo (central, lateral); no compartimento apical, permite visualizar claramente os enterocelos; no compartimento posterior permite diferenciar entre rectocelo anterior e intussuscepção com a mesma acuidade que a defecografia. Começa a haver evidência acerca de alguns marcadores ecográficos que constituem factores de risco para a recidiva do POP.

#### Metodologia

Na avaliação do POP aplica-se a mesma metodologia usada para o estudo da IU, com os mesmos pontos de referência, descritos para o plano sagital 2D. No caso da ecografia introital, é importante manter o transdutor dentro da vagina numa posição neutra e evitar excessiva pressão nas estruturas circundantes de modo a não distorcer a anatomia. A posição da doente pode ser em decúbito dorsal ou em ortostatismo, com a bexiga cheia ou vazia, sendo que a bexiga cheia é menos móvel podendo impedir o desenvolvimento completo do prolapso. O importante é manter sempre a mesma metodologia.

A avaliação deve ser feita em repouso, com a manobra de Valsalva máxima ( $\geq 6$  segundos) e em contração máxima dos músculos do pavimento pélvico. Por vezes pode ser difícil obter uma manobra de Valsalva máxima, devido à co-activação do músculo elevador do ânus (EA). É importante não exercer demasiada pressão na sonda para não impedir a descida completa do prolapso.

### *Quantificação do prolapso*

No plano sagital de referência na ecografia 2D e durante a manobra de Valsalva máxima, a descida dos órgãos é medida na vertical a partir de uma linha horizontal que rasa a margem ínfero-posterior da sínfise púbica. Esta linha não tem ponto de referência posterior, sendo necessário evitar fazer movimentos rotacionais do transdutor para não mudar o ângulo entre o maior eixo da sínfise e o transdutor.

Na presença de um prolapso total grau 4, a avaliação não pode ser feita em Valsalva máxima por perda dos pontos de referência. Deve ser feita em imagens ou volumes adquiridos antes da Valsalva máxima.

### **1. Avaliação do Compartimento Anterior**

A ecografia permite identificar dois tipos de cistocelo com implicações funcionais muito diferentes. O cistocelo com ângulo retrovesical intacto ou cistocelo isolado, associa-se geralmente a disfunção miccional, sintomas de POP e trauma do EA e tem uma baixa probabilidade de IUE. O cistourethrocelo (ângulo retrovesical ou uretrovesical aberto) associa-se a defeitos centrais, IUE nos EUD, especialmente se estiver presente *funneling* do colo vesical.

É possível ainda estabelecer o diagnóstico diferencial com os divertículos da uretra, quistos do canal de Gartner e enterocelo.

DEFINIÇÕES	
Prolapso do compartimento anterior significativo	Descida da bexiga $\geq 10$ mm abaixo do nível inferior da sínfise púbica, é equivalente ao ponto Ba $\geq -0,5$ cm.
Cistoureterocelo (defeito central)	Ângulo uretrovesical posterior aberto ( $> 140^\circ$ ) durante Valsalva.
Cistocelo isolado (defeito lateral)	O colo vesical desce abaixo do nível inferior da sínfise púbica mantendo o ângulo uretrovesical.

**Tabela 14** – Definições ecográficas dos POP anterior

### *Efeitos do prolapso na função uretral*

O prolapso pode afectar a continência urinária de várias formas e a ecografia consegue demonstrar estes efeitos melhor do que qualquer outro exame.

O *kinking* da uretra devido a um cistocelo pode levar a disfunção miccional (potencialmente agravada com a manobra de Valsalva) e retenção urinária. Uma IUE oculta pode ser revelada após uma correcção do prolapso bem-sucedida.

Histerocelo, enterocelo e rectocelo também podem conduzir a disfunção miccional ao comprimirem a uretra e mascarando uma IUE. Sobretudo o enterocelo pode interferir na fase de esvaziamento vesical pela transmissão de pressão mais imediata.

## **2. Avaliação do Compartimento Apical e Posterior**

A correlação clínica / ecográfica do grau do prolapso não é tão boa nos compartimentos apical e posterior. Na avaliação do compartimento apical, o útero demora mais tempo a descer (necessita de uma manobra de Valsalva eficaz) e não é fácil de observar com sonda transperineal por ser isoecogénico com as paredes da vagina. Na avaliação do compartimento posterior, o prolapso varia com a qualidade e quantidade do conteúdo rectal. Comparando a ecografia transperineal com a endovaginal, a primeira permite uma descida mais completa do prolapso e tem a vantagem de incluir um ponto de referência fixo (margem inferior da sínfise púbica).

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

A ecografia transperineal 2D permite avaliar: a integridade do corpo perineal (estrutura com forma triangular e ligeiramente hiperecótica, localizada anteriormente ao esfíncter anal); a integridade do septo rectovaginal (camada hiperecótica entre as duas camadas hipoeecóticas correspondentes às *muscularis* vaginal e rectal); a dinâmica do compartimento posterior e a descida do prolapso.

DEFINIÇÕES	
Prolapso do compartimento apical significativo	Descida do colo ou cúpula $\geq 15$ mm abaixo do nível inferior da sínfise púbica, é equivalente ao ponto C $\geq -4$ cm
Prolapso do compartimento posterior significativo	Descida do recto $\geq 15$ mm abaixo do nível inferior da sínfise púbica, é equivalente ao ponto Bp $\geq -0,5$ cm
Profundidade do rectocelo	Não está definido ainda o <i>cut-off</i> ecográfico (radiologistas usam 20 mm na defecografia, rectocelo moderada profundidade entre 20-40 mm; grande rectocelo $> 40$ mm)

**Tabela 15** – Definições ecográficas de POP apical e posterior

**Histerocelo** – define-se como a descida do útero para lá do ponto médio da vagina. É preciso ter atenção ao contorno no colo e à linha endometrial para melhor identificar o útero na ecografia transperineal. É importante avaliar o comprimento do colo e a relação entre o corpo do útero e o colo com sonda endovaginal. O alongamento cervical pode resultar em persistência dos sintomas após uma cirurgia em que se conserva o útero.

**Prolapso da cúpula** – refere-se à descida do *apex* vaginal (nas pacientes hysterectomizadas) e associa-se frequentemente a enterocelo e sigmoidecelo.

**Rectocelo anterior** – simples ou 'verdadeiro' é a herniação da parede rectal anterior para a vagina. O principal diagnóstico diferencial é a deslocação caudal da ampola rectal sem formação de divertículo que é designado como *hipermobilidade perineal* ou *hipermobilidade da ampola rectal*. O verdadeiro rectocelo surge devido a uma falha no septo rectovaginal (fáscia de Denonvillier) e é uma verdadeira hérnia da ampola rectal para a vagina.

**Rectocelo perineal** – rectocelo que não se desenvolve para a vagina, mas sim para o períneo, ou para a fossa isquiorectal (*rectocelo lateral ou posterior*). Pode surgir em doentes com lesões graves do EA e *ballooning*, bem como após correcção posterior com rede.

A classificação clássica em rectocelo alto, médio e baixo não é suportada pela ecografia. Os verdadeiros rectocelos ou defeitos fasciais são quase sempre encontrados na mesma área, muito perto da transição anorrectal e a maioria são defeitos transversos. Os defeitos laterais que provavelmente se devem a iatrogenia nunca foram demonstrados em imagens.

**Enterocelo** – hérnia do ponto mais inferior da cavidade abdominal para o fundo de saco de Douglas, para a vagina ou para o espaço entre o recto e a vagina. Pode coexistir com rectocelo e, por vezes, associa-se a intussuscepção rectal. A ecografia tem utilidade limitada na determinação do conteúdo do enterocelo (sigmoidocelo - cólon sigmoide, enterocelo - intestino delgado). Deve ser feito o diagnóstico diferencial com o verdadeiro rectocelo. Classifica-se em pequeno, moderado ou grande enterocelo quando o ponto mais distal do prolapso atinge o 1/3 superior, o 1/3 médio ou o 1/3 inferior da vagina, respectivamente.

**Intussuscepção rectal e prolapso rectal** – invaginação da parede do recto para dentro do lúmen rectal. Pode ser anterior, posterior ou circunferencial e pode envolver toda a espessura da parede do recto ou apenas a mucosa. Pode ser classificada em: intra-rectal (se permanece no recto); intra-anal (se se estende para o canal anal); externa (se forma um prolapso rectal completo).

**Incontinência fecal** - a ecografia endoanal é o exame de primeira linha para avaliar o canal anal (não será abordada neste consenso). No entanto, a ecografia transperineal 3D tem sido usada para avaliar a morfologia, biometria normal e detectar defeitos anatómicos no complexo esfíncteriano anal.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

VANTAGENS	LIMITAÇÕES
Evita a distorção do canal anal porque o transdutor não é endoluminal (evita artefactos nas medições)	Não consegue identificar claramente a camada longitudinal de tecido conjuntivo nem o músculo transverso superficial do períneo
Permite a visualização do esfíncter anal externo, interno, corpo perineal e a ansa do músculo <i>puborectalis</i> na sua totalidade	Não permite medir o comprimento longitudinal anterior do esfíncter anal externo Pode conduzir a medições erradas se for aplicada pressão excessiva no transdutor ou o ângulo de insonorização não for adequado

**Tabela 16** – Vantagens e limitações da ecografia transperineal em relação à endoanal

### 3. Avaliação do Músculo Elevador do Ânus

Esta avaliação é possível com sonda transperineal ou introital.

A função do EA pode ser avaliada por ecografia 2D e os médicos de Medicina Física e Reabilitação utilizam-na para ensinar as doentes a contrair os músculos do pavimento pélvico. Uma contração do EA leva a uma redução do tamanho do hiato genital no plano sagital e a uma elevação ano-rectal, mudando o ângulo entre o plano do EA e a sínfise púbica. Como efeito indirecto os órgãos pélvicos (útero, bexiga e uretra) deslocam-se cranialmente.

A ecografia 3D dá acesso ao plano axial que permite acrescentar informação adicional: dimensões do hiato genital (tamanho e forma no plano de dimensões mínimas); dimensões do músculo *puborectalis* (no plano de máxima espessura do músculo); avaliação qualitativa do músculo *puborectalis* e a sua inserção ao nível do ramo púbico inferior. Alterações a este nível (avulsão do EA e *ballooning*) estão associadas com o aumento do risco de recorrência do prolapso. A avaliação quantitativa da lesão muscular é facilitada pela utilização da função *Tomographic Ultrasound Imaging* (TUI).

O plano de referência é o plano axial ao nível do plano de dimensões mínimas do hiato que é ortogonal com o plano médio-sagital.

DEFINIÇÕES	
<i>Gap</i> elevador-uretra (medido durante a contracção dos músculos do pavimento pélvico)	Distância entre a inserção do EA até ao centro do lúmen uretral. Anormal se > 25 mm significa que existe uma lesão no EA
Avulsão total do EA	Avulsão é a desconecção do músculo da sua inserção no ramo púbico inferior e parede pélvica lateral. Considera-se total quando o <i>gap</i> elevador-uretra > 25 mm em três cortes consecutivos
Avulsão parcial do EA	Gap elevador-uretra > 25 mm em pelo menos um dos cortes
<i>Ballooning</i> (abertura exagerada do hiato)	Área do hiato genital >25 cm <sup>2</sup> durante Val-salva máxima

**Tabela 17** – Avaliação quantitativa da lesão muscular por TUI

Há evidência de que a avulsão do EA é um forte factor de risco para a recorrência do prolapso após cirurgia convencional.

#### 4. Avaliação Pós-operatória

As redes de polipropileno são facilmente visíveis na ecografia transperineal e introital, sendo possível determinar a sua posição, extensão e mobilidade ao contrário das redes biológicas ou outros materiais aloplásticos que são mais difíceis de visualizar.

Se uma cirurgia falha e a doente apresenta uma recorrência ou se ocorrerem complicações, a ecografia deve ser realizada para avaliar: o volume residual de urina, a mobilidade do colo vesical, a recorrência do prolapso, a localização e configuração da rede e se existe avulsão da sua fixação apical.

A principal limitação da ecografia na avaliação após colocação de redes é a avaliação do seu componente apical que é, na maioria das vezes, difícil ou impossível de visualizar, a não ser que haja uma recorrência e a parte cranial da rede se esteja a deslocar para baixo.

A exposição de rede não é habitualmente identificada através da ecografia, no entanto se estiver associada a pregueamento (*folding*) da rede é possível detectar este aspecto em 2D ou 3D.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Hematomas após cirurgia vaginal por prolapso (ou *slings*) podem cursar com sintomas de anemia aguda, com dor pélvica e disfunção miccional. Devem ser avaliados por ecografia.

### Recomendações Internacionais

CONCLUSÕES ICS/ICUD 2017	NE	GR
A ecografia não está recomendada na avaliação inicial das doentes com IU ou POP.	3	C
A ecografia é um exame opcional na avaliação das doentes com IU e/ou POP recorrente ou complicado.	3	C
A ecografia está recomendada na determinação do RPM e na avaliação do treino dos músculos do pavimento pélvico.	2	B

### 3.C.5 – Ressonância Magnética

#### 1. Introdução

A descida ou defeito do pavimento pélvico é um termo que se aplica a um leque de condições clínicas, que incluem a IU, o POP e as disfunções anorrectais.

O POP define-se como uma descida anormal dos órgãos pélvicos abaixo do nível do diafragma pélvico e que afecta uma grande parte das mulheres multíparas acima dos 50 anos. Estes defeitos podem comprometer um ou vários órgãos pélvicos: a bexiga (cistocelo), o útero ou vagina (prolapso uterino / da cúpula vaginal), intestino delgado e peritoneu (enterocelo / peritonocelo) e o recto (rectocelo / prolapso rectal) (Tabela 17).

A ressonância magnética (RM) é, cada vez mais, um método de imagem utilizado no estudo pré-operatório destas doentes, pois permite uma avaliação anatómica detalhada dos órgãos pélvicos e do sistema de suporte do pavimento pélvico. Também permite avaliar a função dos mesmos, com uma boa correlação com os achados clínicos e com a vantagem de permitir a visualização multiplanar, em simultâneo, dos diferentes compartimentos pélvicos.

A RM é o método de diagnóstico com o melhor contraste para a diferenciação mais correcta dos planos tecidulares e dos órgãos pélvicos.

## 2. Indicações da RM Pélvica

Na maioria dos casos, a disfunção do pavimento pélvico é diagnosticada com base no exame objectivo, estudo urodinâmico e manometria anorrectal. Os estudos de fluoroscopia utilizados para a avaliação anatómica do POP, como a cistouretrografia e a defecografia, têm vindo a ser substituídos pela RM, a qual proporciona um melhor detalhe anatómico, sem a utilização de radiação ionizante.

A RM pode ajudar o cirurgião no planeamento cirúrgico das doentes com indicação para reparação cirúrgica do POP.

As principais indicações da RM nos doentes com defeito do pavimento pélvico são:

- > Mulheres com IUE e com outros prolapsos pélvicos associados, ou sem alterações no exame objectivo que justifiquem a sua sintomatologia;
- > Mulheres com POP para mapeamento pré-cirúrgico;
- > Pesquisa de enterocelo / peritonocelo;
- > Recidiva de POP pós-cirurgia;
- > Avaliação de possíveis complicações pós-cirurgia;
- > Avaliação funcional do compartimento posterior com defecografia por RM.

## 1. Protocolo RM

Recentemente a *European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology* (ESGAR) juntamente com a *European Society of Urogenital Radiology* (ESUR) criaram *guidelines* de consenso quanto ao papel da RM na avaliação do pavimento pélvico.

O protocolo de aquisição das imagens de RM engloba:

- > Sequências estáticas - T2 coronal, sagital e axial em respiração livre; Axial T1 (opcional);

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

- > Sequências T2 dinâmicas que são adquiridas em modo *cine*, com manobras de pressão intra-abdominal máxima (manobra de Valsalva), alternando com relaxamento (fases de 10s com média de 3 repetições) e em defecação (defecografia por RM) (Figura 9 A e D).

Estes estudos são realizados após esvaziamento do recto com clister de limpeza rectal antes do exame. Imediatamente antes da aquisição das imagens, a vagina e o recto são preenchidos com 50-60 ml e 100-140 ml de gel, respectivamente. Os exames têm a duração de aproximadamente 20 minutos. A bexiga, idealmente, deve estar em média repleção.

As imagens estáticas ou morfológicas permitem detectar e classificar anomalias estruturais da pélvis. As imagens dinâmicas servem para classificar e quantificar as anomalias funcionais do pavimento pélvico, de acordo com a sua localização e relação com os restantes órgãos e estruturas musculotendinosas.

Durante a aquisição das imagens a examinada tem um papel fundamental para o sucesso do exame, que depende da sua colaboração, nas diferentes manobras que lhe são requisitadas, segundo o protocolo de execução.

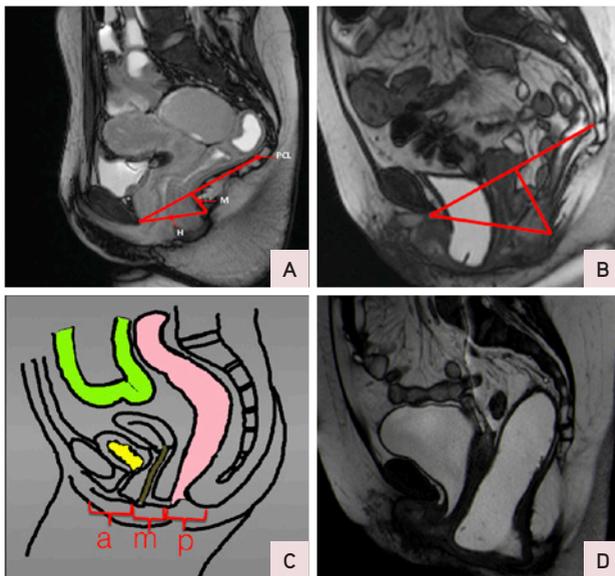
### 4. Leitura e Interpretação do Exame

A anatomia do pavimento pélvico é conceptualmente dividida em estruturas passivas (ossos, ligamentos e a fáscia endopélvica) e activas, constituídas pelos músculos pélvicos, integrando o tónus e acção voluntária dos mesmos. Para facilitar o estudo por RM, o pavimento pélvico é dividido em três compartimentos: anterior, médio e posterior, de acordo com as fronteiras anatómicas (Figura 9 C).

A interpretação do exame deve começar pela análise das imagens sagitais com a marcação das linhas de referência nas imagens em repouso e dinâmicas (Figura 9 A e B):

- > A **PCL** (linha pubococcígea), representa o nível normal do pavimento pélvico, define-se como uma linha que une o bordo inferior da sínfise púbica à última articulação coccígea e serve como referência para quantificar o prolapso dos órgãos pélvicos;

- > A linha **H** que é a linha que une o bordo inferior da sínfise púbica à parede posterior do recto ao nível junção anorrectal (JAR). Representa a largura do diafragma pélvico e o valor normal é de 5,8 cm +/-0,5cm;
- > A linha **M** que é a linha perpendicular que une a PCL á junção anorrectal (limite da linha H). Representa a descida vertical do diafragma pélvico e cujo valor normal é 1,3 cm +/-0,5 cm.



**Figura 9** – Legenda: **A)** imagem RM em plano sagital ponderada em T2 em repouso representando as normais relações de um pavimento pélvico íntegro. Linhas vermelhas representam as linhas de referência de avaliação do pavimento pélvico: PCL- linha pubococcígea une o bordo inferior da sínfise púbica à última articulação coccígea; linha H - une o bordo inferior da sínfise púbica à parede posterior do recto ao nível junção anorrectal e linha M linha perpendicular à PCL e que une a PCL à JAR, no limite da linha H. **B)** imagem RM em plano sagital ponderada em T2 em manobra de máxima pressão intra-abdominal, *Valsalva*, onde se identifica defeito global do pavimento pélvico com cistocelo, prolapso uterino, descida da JAR e prolapso rectal. **C)** esquema com divisão anatómica dos compartimentos pélvicos. Anterior (a), constituído pela bexiga e uretra; médio (m), constituído pelo útero, colo uterino e pela cúpula vaginal nas mulheres pós-histerectomia e o posterior (p), o recto e o anús. **D)** imagem RM em plano sagital ponderada em T2 em manobra de defecação onde se identifica rectocelo: abaulamento anterior da parede rectal face à linha que continua o canal anal (linha vermelha).

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Nas mulheres, em que está mantida a integridade do pavimento pélvico, o movimento dos órgãos pélvicos é mínimo e a variação das linhas de referência não ultrapassa 0,5 cm no estudo em pressão máxima.

As lesões que comprometem o suporte musculofascial condicionam alargamento do hiato pélvico e descida do diafragma pélvico condicionando um aumento das linhas H e M, respectivamente.

O POP também pode ser quantificado através da medição da distância do colo vesical, do colo uterino e JAR à PCL em repouso e contracção máxima e estabelecer um *score* de acordo com o órgão afectado (Tabela 17).

LOCALIZAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Compartimento anterior: > Cistocelo – descida da bexiga (colo ou base) abaixo da PCL	Ligeiro 1-3 cm abaixo da PCL Moderado 3-6 cm Grave > 6 cm
Compartimento médio: > Prolapso vaginal posterior – descida do fundo de saco vaginal ou cérvix abaixo da PCL > Enterocelo/peritocelo: quando o intestino/gordura mesentérica ou peritoneal se insinua no espaço recto-vaginal > Prolapso Uterino – Descida do colo uterino abaixo da PCL	Ligeiro < 3 cm abaixo da PCL Moderado 3-6 cm Grave > 6 cm  Ligeiro <3 cm abaixo da PCL Moderado 3-6 cm Grave > 6 cm
Compartimento Posterior > Rectocelo – abaulamento anterior da parede rectal face à linha que continua com o canal anal > Prolapso rectal: invaginação ou eversão do recto	Pequeno < 2 cm Médio 2-4 cm Grande > 4 cm

**Tabela 18** – Quantificação do POP por RM

Os achados estáticos e dinâmicos do exame, bem como os resultados métricos, devem ser relatados e interpretados de acordo com as *gui-*

*delines* propostas e apresentados segundo um relatório estruturado de notificação.

Neste relatório também deverá constar a indicação clínica do exame, o tipo de defeito pélvico e sua correlação com os achados clínicos.

Em conclusão, a RM é um exame que possibilita uma avaliação global da anatomia e da função do pavimento pélvico com um maior detalhe tecidual das estruturas musculares, da fâscia endopélvica e dos órgãos pélvicos. O papel do radiologista é contribuir, com informação útil, para o planeamento pré-cirúrgico, de forma a aumentar o sucesso da cirurgia do POP e melhorar o *outcome* destas doentes.

### **Bibliografia:**

Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Koury, Alan Wien in *Incontinence* 2013;369-370.

Steven C Campbell, MD, PhD, J Stephen Jones, MD. Screening for bladder cancer. *UpToDate* 2018;1:13.

HF Wong, LC Lee, HC Han. Cost-effective screening for urinary tract infections in urogynaecological patients. *Int Urogynecol J* January 2015;85-90.

Alain Meyrier, MD. Sampling and evaluation of voided urine in the diagnosis of urinary tract infections in adults. *Up ToDate* 2018;1:11.

Ron Wald, MDCM, MPH, FRCPC. Urinalysis in the diagnosis of kidney disease. *UpTo-Date* 2018;1:50.

Samuelsson EC et al. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2 Pt1):299-305.

Frota IPR et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; doi. io.iiiiaogs.13305

de Oliveira MS, JT Tamanini, G de Aguiar Cavalcanti. Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(10):1191-1202.

Santana GW, T Aoki, AP Auge. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J* 2012;23(1):117-21.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Digesu GA et al. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(3):76-81;discussion 181.

Lukacz ES et al. Quality of Life and Sexual Function 2 Years After Vaginal Surgery for Prolapse. *Obstet Gynecol* 2016;127(6):1071-1079.

Petcharopas A, S Wongtra-Ngan, O Chinthakanan. Quality of life following vaginal reconstructive versus obliterative surgery for treating advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018;doi:10.1007/S00192-018-3553-9.

Laas E et al. Preoperative quality of life questionnaires are an adequate tool to select women with genital prolapse for laparoscopic sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J* 2017;28(12):1833-1839.

Baeßler K et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. *Geburtsh Frauenheilk* 2016;76:1287-1301.

Lo TS, Ashok K. Combined anterior trans-obturator mesh and sacrospinous ligament fixation in women with severe prolapse - a case series of 3 months follow-up. *Int Urogynecol J* 2011;22:299-306..

Feiner B, O'Rourke P, Maher C. A prospective comparison of two commercial mesh kits in the management of anterior vaginal prolapse. *Int Urogynecol J* 2012;23:279-283.

Z Rusavy, G Rivaux, R de Tayrac. Voiding difficulties after vaginal mesh Cystocele repair: does perivesical dissection matter? *Int Urogynecol J* 2013;24:1385-1390.

Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89(4):501-506.

Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184 (7):1496-1501, discussion 1501-1503.

de Tayrac R, Boileau L, Fara JF, Monneins F, Raini C, Costa P. Bilateral anterior sacrospinous ligament suspension associated with a paravaginal repair with mesh: short-term clinical results of a pilot study. *Int Urogynecol J* 2010; 21(3):293-298.

Dietz H. The evolution of ultrasound in urogynecology. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet] 2010 Dec [cited 2014 Jul 4];36(6):655-657. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21105182>

Bogusiewicz M. Ultrasound imaging in urogynecology - state of the art 2016. *Prz menopauzalny = Menopause Rev* 2016 Nov;15(3):123-132.

Tunn R, Albrich S, Beilecke K et al. Interdisciplinary S2k Guideline: Sonography in Urogynecology. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2014 Dec;74(12):1093-1098.

Santoro G, Wiczorek A, Dietz H et al. State of the art: An integrated approach to pelvic floor ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37:381–396.

Dietz H. *Pelvic Floor Ultrasound-Atlas and Textbook*. Dietz HP, editor. 2016.

Shek K, Dietz H. What is abnormal uterine descent on translabial ultrasound? *Int Urogynecol J* 2015;26(12):1783–1787.

Dietz H, Lekskulchai O. Ultrasound assessment of prolapse: the relationship between prolapse severity and symptoms. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:688–691.

Huang W, Yang S, Yang J. Three-dimensional transperineal sonographic characteristics of the anal sphincter complex in nulliparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:210–220.

Yagel S, Valsky D. Three-dimensional transperineal ultrasonography for evaluation of the anal sphincter complex: another dimension in understanding peripartum sphincter trauma. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:119–123.

Weinstein M, Pretorius D, Jung S et al. Transperineal 3-dimensional ultrasound imaging for detection of anatomical defects in the anal sphincter complex muscles. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:205–211.

Valsky D, Messing B, Petkova R et al. Postpartum evaluation of the anal sphincter by transperineal three-dimensional ultrasound in primiparous women after vaginal delivery and following surgical repair of the third-degree tears by the overlapping technique. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:195–204.

Dietz H. Quantification of major morphological abnormalities of levator ani. *Ultrasound Obs Gynecol* 2007;29:329–334.

Dietz H, Shek C, De Leon J et al. Ballooning of levator hiatus. *Ultrasound Obs Gynecol* 2008;31:376–680.

Dietz H, Chantarasorn V, Shek K. Levator muscle avulsion is a risk factor for cystocele recurrence. *Ultrasound Obs Gynecol* 2010;36:76–80.

Model A, Shek K, Dietz H. Do levator defects increase the risk of prolapse recurrence after pelvic floor surgery? *Neurourol Urodyn* 2009;28:888–889.

Dietz H, Erdmann M, Shek K. Reflex contraction of the levator ani in women symptomatic for pelvic floor disorders. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;40(2):215–218.

Dietz H, Kirby A, Shek K, Bedwell P. Does avulsion of the puborectalis muscle affect bladder function? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 Aug;20(8):967–972.

Shek K, Pirpiris A, Dietz H. Does levator avulsion increase urethral mobility? *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol* 2010;153:215–219.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Martin JL, Williams KS, Sutton AJ et al. Systematic review and metaanalysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2006;25:674-683;discussion 684.

Digesu GA, Khullar V, Cardozo L et al. Overactive bladder symptoms: do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn* 2003;22:105-108.

J T Wei, I Nygard, H E Richter et al. A midurethral sling to reduce incontinence after vaginal prolapse repair. *N Eng J Med* 2012;366:2358-2387.

Fielding, Julia R. Practical MR Imaging of Female Pelvic Floor Weakness. *RadioGraphics* 2002;22:295-304.

Dynamic MR imaging of the pelvic floor dysfunction: a pictorial review. *ECR* 2014.

Sayed El RF, Alt CD, Maccioni F, Meissnitzer M, Masselli G, Manganaro L et al. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction - joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group. *European Radiology* 2015;1-19.

Boyadzhyan L, Raman S, Raz S. Role of Static and Dynamic MR Imaging in Surgical Pelvic Floor Dysfunction. *RadioGraphics* 2008;28:948-967.

Sayed El RF. (2012). The urogynecological side of pelvic floor MRI: the clinician's needs and the radiologist's role. *Abdm Imaging* 2012. doi: 10.1007/s00261-012-9905-3.

Mee Law Yan, Fielding Julia R. MRI of Pelvic Floor Dysfunction: Review. *AJR* 2008;191:45-53.

## 4 – TRATAMENTO CONSERVADOR

### 1 – Pessários Vaginais

#### 1.1 Introdução

Os pessários são dispositivos vaginais que podem ser utilizados com eficácia e segurança na abordagem conservadora do tratamento do POP, independentemente do grau de prolapso apresentado. Têm a grande vantagem de serem minimamente invasivos e proporcionarem um alívio imediato dos sintomas. A sua prescrição inicial deverá ser realizada por um ginecologista ou uroginecologista.

Definição: O Pessário é um dispositivo médico em silicone, reutilizável, que se coloca na vagina.

INDICAÇÕES PARA O USO DE PESSÁRIO	CONTRA-INDICAÇÕES PARA O USO DE PESSÁRIO
POP sintomática em mulheres com preferência por tratamento conservador	Hemorragia genital não esclarecida
Idade avançada e comorbilidades que limitem uma abordagem cirúrgica	Infecção local
Tratamento temporário	Presença de corpo estranho (extrusão de fita / rede vaginal)
Falência cirúrgica	Má <i>compliance</i> com risco aumentado de erosão vaginal e subsequente formação de fístulas
Desejo de gravidez futura	Vida sexual activa na incapacidade no auto manuseamento do dispositivo

**Tabela 19** – Indicações e contra-indicações para uso de pessários

#### 1.2 Características dos pessários

Tamanho: os pessários variam entre 65 e 100 mm de diâmetro. Determina-se o tamanho do pessário, introduzindo 2 dedos na vagina, num plano

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

sagital, um a nível da parede posterior da sínfise púbica e o outro, a nível do promontório, medindo-se o espaço existente entre os 2 dedos. Idealmente, deverá ser colocado o maior pessário com o mínimo de efeitos secundários associados.

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
SUPORTE	Bidimensionais
	Modelos: Anel (com e sem suporte), Alavanca, Gehrung, Shaatz
	Mais estudados
	Utilizados em qualquer tipo de prolapso
PREENCHIMENTO DE ESPAÇO	Tridimensionais
	Tipos: Chupeta, Donut, Cubo, esférico, Insuflável
	Menos estudados
	Utilizados em graus superiores de prolapso

**Tabela 20** – Tipos de Pessários

O Pessário em Anel (de silicone, forma circular e disponível em vários tamanhos), é o mais utilizado por ser considerado aquele que apresenta maior possibilidade de auto manuseamento, de permanência intravaginal durante o coito e o mais confortável.

### 1.3 Critérios aconselhados para a selecção de pacientes:

- 1 – Capacidade de auto manuseamento e/ou de vigilância médica periódica
- 2 – Função cognitiva íntegra (situações de demência comprometem a segurança do dispositivo)
- 3 – Mobilidade física

### 1.4 Introdução e posicionamento do pessário:

Introduz-se o pessário dobrado e lubrificado, no maior eixo da vagina, em direcção ao sacro, e faz-se uma rotação de 90º, de forma a colocar o dispositivo proximalmente na vagina, numa linha imaginária entre a sínfise púbica e o promontório.

CRITÉRIOS DE SUCESSO NO USO DE PESSÁRIO*	EFEITOS SECUNDÁRIOS E COMPLICAÇÕES DO PESSÁRIO
Uso confortável do maior pessário em ortostatismo e em actividades físicas que impliquem esforço pélvico, como caminhar, agachar, Valsalva e tosse	Erosão vaginal ** (mais frequente)
Ausência de dor ou desconforto pélvico	Corrimento vaginal (vaginose bacteriana recorrente)
Esvaziamento vesical e intestinal não comprometidos	Obstipação
Ausência de IU oculta	Hemorragia vaginal
	Agravamento de IU ou aparecimento de IU de novo
	Raramente: ITU, Encarceração cervical, Septicémia

**Tabela 21** – Critérios de sucesso e efeitos secundários do uso pessários

\* Recomenda-se a prescrição de estrogénio tópico vaginal prévio ou concomitante ao uso do pessário, em mulheres em menopausa ou com atrofia / secura vaginal.

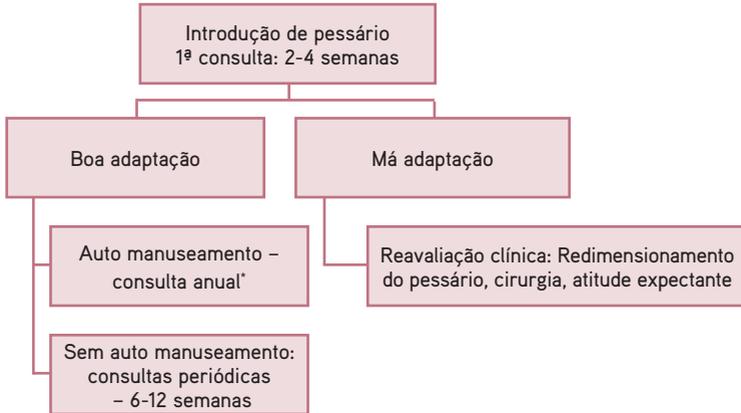
\*\* O tratamento da erosão vaginal causada pelo pessário compreende a remoção do mesmo até à resolução completa da lesão. Neste intervalo de tempo, deverá ser aplicado um estrogénio tópico regularmente (diariamente).

### 1.5 Vigilância clínica em portadoras de pessário

Não há consenso acerca do intervalo de tempo ideal para a substituição do dispositivo e a vigilância clínica necessária para a prevenção das eventuais complicações associadas ao uso prolongado do pessário.

O esquema que se segue indica um modelo clínico frequentemente utilizado:

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS



\* Aconselha-se a substituição bissemanal/mensal do pessário. Auto manuseamento do dispositivo personalizado em mulheres com vida sexual activa.

### 1.6 Descontinuação no uso do pessário

- 1 - Desejo de cirurgia
- 2 - Aparecimento ou persistência de IU
- 3 - Falência na retenção do pessário
- 4 - Suporte do prolapso inadequado
- 5 - Desconforto
- 6 - Dor
- 7 - Corrimento vaginal persistente

### 1.7 Conclusão

Os pessários são amplamente utilizados na actividade clínica. Contudo, os inúmeros estudos sobre pessários são limitados e inconsistentes, não existindo linhas de orientação unânimes entre as várias associações internacionais. O elevado grau de satisfação das pacientes faz com que estes dispositivos sejam uma excelente opção no tratamento conservador do POP. No entanto a utilização contínua, a longo prazo, traduz-se em taxas de adesão relativamente baixas que vão de 14 a 67%.

## Recomendações das Sociedades Internacionais

RECOMENDAÇÕES	GR
O pessário deverá ser considerado como opção terapêutica alternativa à cirurgia em mulheres com POP.	B
O pessário deve ser considerado em mulheres com POP sintomático que desejem uma gravidez no futuro.	C

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
A aplicação de estrogénio tópico na vagina é essencial no tratamento com pessário, para prevenção de lesões vaginais, hemorragia e necrose.	2	B
O pessário é uma boa opção terapêutica que deve ser oferecida às pacientes. Desconhece-se qual o pessário mais adequado para cada tipo de prolapso.	2	B

## 2. Terapêutica de Reabilitação – Fisioterapia Pélvica.

### 2.1 Objectivo do tratamento conservador do POP

- 1 – Prevenção ou agravamento do Prolapso
- 2 – Diminuição da frequência ou gravidade dos sintomas causados pelo prolapso
- 3 – Evicção ou atraso de uma decisão cirúrgica

Segundo recomendação do IUGA/ ICS *joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP)* 2016, esta terapêutica restringe-se a tratamento não médico e não farmacológico.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

<b>Alteração dos hábitos de vida</b>	Intervenção que intencionalmente muda os hábitos de vida de uma pessoa (perda de peso, abstinência de pegar em pesos, abstinência tabágica), de forma a evitar o agravamento do POP por diminuição da pressão abdominal.
<b>Terapêutica de Reabilitação: Fisioterapia Pélvica</b>	Para prevenção e/ou tratamento da disfunção do pavimento pélvico. Esta terapêutica tem como objectivo a redução dos sintomas de POP e a melhoria da função do períneo. Outras terapias podem ser utilizadas para reeducação do pavimento pélvico, tais como: exercício físico, terapêutica comportamental, treino vesical e intestinal, reforço muscular perineal (tónico e fásico), <i>biofeedback</i> e electroestimulação endocavitária.

**Tabela 22** – Objectivos da terapia conservadora do POP

### 2.2 Reabilitação do Pavimento Pélvico (Pelvic Floor Muscle Training- PFMT):

Os músculos do pavimento pélvico têm um papel fundamental no suporte estrutural dos órgãos pélvicos.

Kegel, em 1948, foi o primeiro investigador a verificar a eficácia de PFMT no tratamento da incontinência urinária feminina. Ele descreveu a contração correcta do pavimento pélvico como tendo dois componentes: o apertar (*squeeze*) em torno das cavidades pélvicas e a elevação cranial deste pavimento.

Existem duas principais teorias acerca eficácia da PFMT na prevenção e tratamento da IU, podendo-se extrapolar as mesmas teorias para a prevenção e tratamento dos POP.

#### TEORIAS

1 – Educação da paciente na contracção consciente antes e durante os episódios de aumento da pressão abdominal, mantendo essas contracções como terapia comportamental, preventiva da descida perineal

2 – Mulheres são ensinadas a realizar treino de reforço muscular, para ganho de tonicidade e melhoria do suporte estrutural do pavimento pélvico ao longo do tempo. Esse treino deve ser inicialmente supervisionado e posteriormente mantido com um programa de treino domiciliário

**Tabela 23** – Teorias em que assenta a PFMT

**OBJECTIVOS**

Contração do pavimento pélvico o mais forte possível

Progressão com contrações sustentadas, adicionando contrações com maior velocidade

Sustentação da contração entre 3-10 segundos

Realizar 3-4 contrações rápidas no pico de cada contração sustentada (contração intensiva)

Reforço muscular diário, mantendo a percepção de que existe melhor evolução nas primeiras semanas de exercício, sendo necessário um trabalho intenso para ganho adicional em fases posteriores

**Tabela 24** – Objectivos da PFMT

Não existe evidência sobre a frequência, intensidade e duração ideais da intervenção, dada a grande variabilidade dos protocolos utilizados nos estudos apresentados. Tem sido descrita uma duração de treino de, pelo menos, 16 semanas, para obtenção de hipertrofia muscular.

EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÃO	NE	GR
O número de contrações descrito na maioria dos estudos pode variar entre 8 a 12, três vezes por dia, até 20 contrações, quatro vezes por dia, com duração das contrações entre 4 a 40 segundos.	1	A

Vários estudos mostraram que mais de 30% das mulheres não contraem adequadamente este pavimento muscular na primeira avaliação, mesmo após orientação individual.

Embora haja evidência de bons resultados na IU, relativamente ao POP serão necessários estudos futuros, que demonstrem a eficácia adicional referente à presença de supervisão no tratamento.

### 2.3 Avaliação da eficácia da contracção do pavimento pélvico

Inspecção e palpação manual (Escala de Oxford Modificada\*)

Eletromiografia

Manometria vaginal

Perfilometria

Ecografia

Ressonância magnética

A Escala de Oxford Modificada é a escala de avaliação mais frequentemente utilizada, para avaliação da força muscular do pavimento pélvico, por palpação manual intracavitária.

#### \*ESCALA DE OXFORD MODIFICADA

A escala de Oxford modificada é uma escala graduada em 6 pontos, na qual meios números ou + e - podem ser adicionados quando a contracção se posiciona entre dois graus, desta forma a escala é expandida para uma escala de 15 pontos, quando + e - são usados:

0 = sem contracção

1 = esboço de contracção

2 = fraca

3 = moderada (com elevação da parede vaginal)

4 = satisfatória (com elevação da parede vaginal)

5 = forte (com elevação da parede vaginal)

**Tabela 25** – Escala de Oxford modificada

A palpação manual do pavimento pélvico é habitual na prática clínica e embora subjectiva, permite avaliar a pressão de encerramento e de elevação vaginal. É um método económico e de fácil execução, permitindo um *feedback* acerca de eficácia da contracção perineal. A sua validade para utilização em estudos científicos é ainda questionável.

## 2.4 Tipos de tratamento de reeducação pélvica

### 1. Biofeedback (BFB)

É uma técnica terapêutica em que actividade fisiológica (neuromuscular ou autonómica) é monitorizada, amplificada e transmitida ao paciente (*feedback*) por uma emissão de sinal acústico, visual ou ambas. Permite a tomada de consciência acerca de uma adequada contracção muscular, assim como motivação para a sua prática regular, obtendo-se um melhor controlo voluntário com conseqüente melhoria da função muscular pélvica.

Electromiografia (EMG) de superfície, vaginal ou anal, assim como mensuração da pressão de contracção vaginal e uretral, têm sido os parâmetros monitorizados no estudo do pavimento pélvico. É possível avaliar por esta técnica o tónus muscular em repouso, a força muscular (contracção máxima e sub-máxima), assim como a capacidade de sustentação da contracção muscular (*endurance*).

Ainda não existem estudos randomizados e controlados (ERC) acerca da eficácia do BFB na melhoria clínica (sintomática ou objectiva) dos POP. A última revisão da Cochrane sobre o tratamento conservador de POP não menciona sequer a utilização desta técnica. Um estudo piloto de 2017, incluindo pacientes com POP I e II, comparando as duas técnicas de BFB, exercícios domiciliários de reforço perineal e conselhos de hábitos saudáveis de vida versus os mesmos exercícios domiciliários e aconselhamento, revelou uma melhoria significativa na qualidade de vida das pacientes submetidas a tratamento adicional com BFB, mas sem melhoria adicional no ganho de força muscular (manometria), assim como no estadiamento do POP. Dado o pequeno tamanho da amostra, serão necessários mais estudos para conclusões futuras.

### 2. Ginástica Hipopressiva

A "técnica hipopressiva" ou, designada "aspiração diafragmática", caracteriza-se por uma inspiração lenta e profunda à custa do diafragma, seguida de uma expiração também lenta e profunda, imediatamente seguida de uma contracção progressiva dos músculos transversos abdominais.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Estes exercícios podem ser úteis na estimulação proprioceptiva do pavimento pélvico, com ganho de consciência muscular, facilitando a contracção voluntária destes músculos.

Através de EMG de superfície (vaginal) constatou-se que a contracção do pavimento pélvico (PFMT) era mais eficaz do que a técnica hipopressiva para aumentar a activação electromiográfica dos músculos do pavimento pélvico e que não havia benefício adicional com a associação das duas técnicas. A técnica hipopressiva revelou-se, no entanto, significativamente mais eficaz do que PFMT na activação do músculo transverso abdominal.

Um estudo randomizado e controlado concluiu que a realização de PFMT, de forma isolada ou em associação com exercícios hipopressivos, era significativamente mais eficaz no aumento da força muscular perineal e no aumento da área seccional dos músculos elevadores do ânus do que conselhos de vida saudável. No entanto, não existiu benefício adicional na associação da técnica hipopressiva, para além do reforço muscular.

### 3. Cones vaginais

Pesos que são colocados dentro da vagina. É requerido à paciente que introduza o cone vaginal e que aí o consiga manter, em posição ortostática durante um minuto. Quando o conseguir suster por 20 minutos nessa posição, o programa avançará para a utilização de um cone de peso superior.

Os defensores desta técnica alegam que há uma contracção perineal reflexa ou voluntária, quando há a percepção de descida e conseqüente risco de exteriorização do cone. Defendem a existência de um estímulo proprioceptivo, levando a uma contracção mais forte do pavimento pélvico à medida que se aumenta progressivamente o peso do cone ou com a realização de actividades diárias de dificuldade progressiva.

Há, no entanto, opositores à sua utilização, referindo que pode resultar numa diminuição do fluxo sanguíneo, fadiga muscular e dor, com recrutamento de outros músculos em detrimento do pavimento pélvico.

#### 4. Electroterapia

É utilizada em pacientes que não contraem adequadamente o pavimento pélvico. Não existe, no entanto, evidência da eficácia desta técnica no tratamento conservador do POP.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES	NE	GR
A electroterapia transvaginal para reeducação no POP pode ser utilizada como forma de aumentar a pressão intrauretral através de estimulação directa dos nervos eferentes dos músculos periu-retrais, para aumento do aporte sanguíneo ao pavimento pélvico, reestabelecer conexões musculares e melhorar a função da fibra muscular.	3	B

#### 2.5 Evidência do Tratamento Conservador no tratamento de um Prolapso

A evidência de que a reabilitação do pavimento pélvico pode melhorar a gravidade de um prolapso é ainda escassa.

Uma revisão da Cochrane de 2011 concluiu que existia alguma evidência de efeito positivo da PFMT na melhoria sintomática e da gravidade do prolapso, comparativamente ao grupo não tratado.

Mais estudos randomizados serão ainda necessários, englobando as diferentes técnicas de reabilitação do pavimento pélvico, avaliando a relação custo / benefício da intervenção e seus efeitos a longo prazo. A combinação PFMT e tratamento cirúrgico necessita de ser avaliada num ensaio randomizado de maior dimensão. Futuros ERC, envolvendo as mudanças do estilo de vida, combinação de intervenções de carácter conservador e medidas preventivas do aparecimento do POP, serão ainda necessárias.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES – CONCLUSÕES INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE (ICI), DE 2017	NE	GR
Existe evidência actual da eficácia de PFMT na redução de sintomas de pavimento pélvico em mulheres com prolapso em estadio 1 a 3.	1	A
Sem evidência de eficácia de PFMT na redução da gravidade do prolapso, no estadiamento POP-Q.	1	B
A combinação de PFMT com pessário versus apenas PFMT, têm igual eficácia nos sintomas do prolapso.	1	B
Existe alguma evidência acerca da eficácia do PFMT na melhoria de sintomas específicos (ex. abaulamento vaginal).	1	C
A PFMT peri-cirurgia não melhora os sintomas do prolapso em mulheres submetidas a cirurgia de correcção da cúpula vaginal.	2	B
Estrogénios locais são recomendados quando surgem sintomas de hipoestrogenismo, presença de prolapso uretral ou ulceração vaginal.		B
A obstipação está associada ao desenvolvimento de prolapso sintomático.	3	C
Recomenda-se modificação do estilo de vida como forma de evicção do agravamento do prolapso por diminuição da pressão intra-abdominal: perda de peso, redução das actividades que envolvam realização de esforços (pegar em pesos), tratamento da obstipação e da tosse.	3	C
A grande maioria dos estudos publicados, referem uma associação entre prolapso e actividades diárias que exigiam elevação de pesos.	3	D
Não se encontrou relação entre tabagismo e prolapso em dois estudos.	3	O

### Bibliografia

Bo K, Frawley H, Haylen B, Abramov, Almeida F, Berghmans B, Bortolini M, Dumoulin C, Gomes M, McClurg D, Meijlink J, Shelly E, Trabuco E, Walker C, Wells A. An International Urogynaecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2017;doi:10.1007/s00192-016-3123-3124.

Bugge C et al. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;doi:1002/14651858.cd004010.pub3.

Alas A, Anger J. Management of Apical Pelvic Organ Prolapse. *Current Urology Reports* May 2015;16:33.

ACOG. Pelvic Organ Prolapse, ACOG Practice Bulletin November 2017;15.

University of South Australia. Guidelines for the use of Support Pessaries in the Management of Pelvic Organ Prolapse University of South Australia July 2012.

<http://www.unisa.edu.au>.

DGGG, SGGG and OEGGG. Diagnosis and therapy of female Pelvic Organ Prolapse Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006 April 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd* Dec 2016;76(12):1287-1301.

Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J* 2015.doi:10.5489.

UpToDate. Vaginal pessary treatment of prolapse and incontinence. UpToDate.

[https://www.uptodate.com/contentes/vaginal-pessary-treatment-of-prolapse-and-incontinence\\_](https://www.uptodate.com/contentes/vaginal-pessary-treatment-of-prolapse-and-incontinence_)

Abrams P et al. Incontinence. 6th International Consultation on Incontinence 2017;12:1443-1628;23:2549- 2581.

Balcom AH et al. Initial experience with home therapeutic electrical stimulation for continence in myelomeningocele population. *J Urol* 1997;158:1272-1276.

Benvenuti F, Caputo GM, Bandinelli S et al. Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. *Am J Phys Med* 1987; 66:155-168.

Bernandes BT et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J* 2012;130(1):5-9.

Bernard T et al. Erratum to: An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J* 2016;27:655-684.

Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol* 2012;30:437-443.

Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15(2):76-84.

Bø K et al. Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor. Bridging science and clinical practice- 2nd Ed 2015.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Bø K, Larsen S, Oseid S et al. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with urinary stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1988;7:261–262.

Cammu H, Van Nylen M. Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;77:89–93.

Chunbo L et al. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016;27(7):981-92.

Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in Women (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7(12):CD003882.

Hay-Smith E, Bø K, Berghmans L et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001407.

Hay-Smith J, Dumoulin C. Pelvic floor muscle treatment versus no treatment or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25(1):CD005654.

Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238–249.

Latorre et al. Hypopressive Gymnastics: evidences for an alternative training for women with local proprioceptive deficit of the pelvic floor muscles. *Fisioterapia Brasil* 2011;12(6):463-466.

Lopes Silva A et al. Analysis of the resources for rehabilitation of pelvic floor muscles in women with prolapse and urinary incontinence. *Fisioter Pesqui* 2013;20(1).

Newman DK, Wien AJ. *Managing and treating urinary incontinence – 2nd Ed* 2009.

Ouchi M et al. Physical activity and pelvic floor muscle training in patients with pelvic organ prolapse: a pilot study. *Int Urogynecol J* 2017;28:1807-1815.

Resende APM, Stupp L, Bernandes BT et al. Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn* 2012;31:121–125.

Tannaz A et al. Efficacy of biofeedback on quality of life in stages I and II pelvic organ prolapse: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017 (accepted manuscript for publication).

Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *BMJ* 2002;324:1258-1262.

Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM. Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:326–335.

Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Koury, Alan Wien in *Incontinence* 2013;369-370.

## 5 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

O tratamento cirúrgico do POP está indicado em mulheres com prolapso sintomático após falha ou recusa da abordagem conservadora.

A cirurgia do POP visa eliminar os sintomas, corrigir a anatomia e restaurar a função.

Existem múltiplas técnicas cirúrgicas e vias de abordagem (vaginal, abdominal, laparoscópica e robótica) para tratamento do POP.

Na decisão do tipo de cirurgia e via de abordagem é importante avaliar:

- > A localização e grau do prolapso;
- > A natureza dos sintomas (urinários, gastro-intestinais, disfunção sexual, dor crónica);
- > O estado geral da paciente;
- > As suas preferências e expectativas;
- > A experiência do cirurgião.

O POP está frequentemente associado a IUE, manifesta ou oculta. A sua reparação pode contemplar no mesmo acto cirúrgico a cura da IUE.

A grande variedade de técnicas cirúrgicas disponíveis e a heterogeneidade dos estudos referentes ao tratamento cirúrgico do POP, torna difícil uniformizar resultados e tirar conclusões válidas e credíveis. Até à presente data não existe nenhum trabalho publicado que revele a supremacia de uma intervenção sobre qualquer outra, usando questionários de qualidade de vida (QoL) validados, relacionados com o pavimento pélvico (PP). Apesar deste facto, existem actualmente recomendações baseadas na evidência, que nos permitem escolher o melhor tratamento para cada caso.

### **A utilização de redes no tratamento cirúrgico do POP**

O uso de redes no tratamento do prolapso surgiu da necessidade de criar novos materiais para aumentar a longevidade e eficácia da cirurgia de reparação do prolapso para suporte dos tecidos enfraquecidos.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Sabe-se que aproximadamente 20% das mulheres que fazem uma cirurgia por prolapso terão uma recidiva, sendo os prolapso do compartimento anterior os que têm mais tendência a recidivar quando o prolapso inicial é de um grau severo e se acompanhe de avulsão dos elevadores do ânus.

Na cirurgia com redes, estas são implantadas de forma permanente. Assim, quando se trata de escolher a técnica cirúrgica, a durabilidade da reparação com rede sintética deve ser balanceada com o risco de eventuais complicações.

A opção por uma rede sintética ou tecido nativo na cirurgia reconstrutiva pélvica depende do risco de recorrência do prolapso, da via de abordagem (abdominal ou vaginal) e do facto de estarmos perante um prolapso primário ou recidivado.

### 1. Cirurgia do Compartimento Anterior (CA)

A literatura científica mundial publicada é consensual em considerar que o prolapso da parede vaginal anterior é aquele que coloca o maior desafio no que respeita à cura.

Na tentativa de melhorar a taxa de sucesso cirúrgico no tratamento do prolapso do compartimento anterior assistimos, no decurso da última década, a uma rápida expansão e subsequente declínio na utilização de redes permanentes (sintéticas e biológicas) colocadas por via transvaginal.

#### 1.1 Colporrafia anterior ou reparação com tecidos nativos

A colporrafia anterior tem sido, historicamente, o procedimento *standard* para tratamento do prolapso do compartimento anterior, com taxas de sucesso de 80%-100% em séries retrospectivas. Estudos randomizados controlados que reportaram taxas de cura mais baixas de 30% e 57%, foram posteriormente reanalisados, após redefinição dos critérios de cura, tendo o hímen como ponto de referência para sucesso objectivo, o que levou a taxas de cura significativamente mais elevadas, com apenas 10% de recorrência anatómica, 5% de recorrência sintomática e menos de 1% de re-operações aos 23 meses de *follow-up*.

White em 1912 demonstrou a importância dos defeitos paravaginais no prolapso do CA e Richardson em 1976, descreveu uma série de defeitos da fásia pubocervical explicando deste modo que um procedimento único não devia ser aplicado de forma indiscriminada a todas as pacientes com prolapso do compartimento anterior.

Recentemente Eilber, demonstrou que 10 anos depois de uma colporrafia anterior a taxa de re-operação por prolapso diminuía de 20,2% para 11,3% quando era efectuada no mesmo procedimento cirúrgico a suspensão da cúpula, evidenciando assim a importância de um suporte apical adequado na diminuição da taxa de recorrência do cistocele.

Vinte e dois estudos randomizados analisaram as taxas de sucesso na reparação da parede vaginal anterior. Devido às diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas, a taxa de sucesso cumulativo de 63% em mais de 1000 mulheres operadas, deve ser interpretada com cautela.

O risco de recorrência aumenta cerca de 2 vezes em doentes com defeitos dos músculos elevadores do ânus (avulsão do pubococígeo da sua inserção no ramo púbico), e diminui de forma significativa quando na mesma cirurgia é efectuado o suporte do compartimento apical.

Não existem estudos randomizados controlados que avaliem a reparação dos defeitos paravaginais efectuada de forma isolada, quer seja por via abdominal quer por via vaginal. Há estudos que reportam complicações *major* em ambos os procedimentos.

### 1.2 Reparação com recurso a material de implante sintético (redes)

As redes sintéticas mais usadas e adequadas a estes procedimentos são as de polipropileno, monofilamentar, de baixo peso < 32g/m<sup>2</sup> e macroporosas >75 µm de modo a permitir a permeabilização dos macrófagos e combater a infecção.

Existem assim vários riscos associados ao seu uso, tais como infecção, erosão dos tecidos, exposição e retracção da rede, dor e disfunção sexual. A exposição da rede é o problema mais comum.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Dependendo da gravidade da situação poderá ser necessária uma cirurgia adicional para remover a rede, mas por vezes não é possível removê-la na íntegra.

Uma análise da Cochrane de 2016, avaliou 16 ensaios com cerca de 2000 mulheres comparando a colporrafia anterior com rede permanente de polipropileno no tratamento do prolapso do compartimento anterior. Estas meta análises demonstraram com evidência de moderada qualidade:

- > Que a consciencialização do prolapso (RR 0.56, 95% CI 0,43 a 0,73), a recidiva do prolapso anterior (RR 0.34, 95% CI 0,25 a 0,46) e a reintervenção por prolapso (RR 0.44, 95% CI 0,24 a 0,46) eram significativamente menos comuns com as reparações com rede do que com tecidos nativos;
- > Não houve diferenças entre os grupos em termos de qualidade de vida ou taxas de dispareunia;
- > O grupo da utilização de rede de polipropileno transvaginal teve taxas mais elevadas de reintervenção por exposição da rede, incontinência urinária e prolapso;
- > A duração da intervenção (TM 17,9 mn, 95% CI 10,0 a 25,8), a taxa de transfusão sanguínea (RR 2.37, 95% CI 1,32 a 4,24), a necessidade de cistostomia (RR 4.65, 95% CI 1,22 a 17,77) e a IUE de novo (RR. 1.55, 95% CI 1,02 a 2,35) foram mais elevadas no grupo que utilizou rede;
- > A taxa de erosão da rede foi de 11,5% tendo 7% necessitado intervenção para correcção.

O estudo randomizado PROSPECT realizado em 35 centros no Reino Unido comparou a correcção com tecidos nativos com a correcção com rede sintética ou enxerto e demonstrou que não houve melhoria dos resultados no primeiro ano em termos de eficácia, qualidade de vida ou efeitos adversos, mas no segundo ano as complicações relacionadas com rede foram de 12%.

Pela taxa mais elevada de complicações destes implantes vaginais em relação à cirurgia com tecidos nativos, as redes só devem ser colocadas em

condições específicas bem triadas e limitadas a pacientes cujo benefício da colocação de rede possa justificar o risco, como em mulheres com prolapso recorrente ou com comorbidades médicas que não admitam cirurgias mais invasivas e demoradas.

### 1.3 Reparação com recurso a material de implante biológico

Em alternativa ao material de implante sintético permanente, foram utilizados e estudados na reparação do compartimento anterior enxertos autólogos, com menor risco de infecção / rejeição e aloenxertos obtidos em bancos de tecidos de cadáver (fáscia lata ou aponevrose dos rectos do abdómen). As preocupações relativamente à transmissão de príões causadores de doenças infecciosas e a antigenicidade residual com a consequente reacção de rejeição do enxerto, encorajaram o recurso a xenotransplantes dos quais os mais utilizados foram a derme porcina e o pericárdio bovino.

Em 2016 a Cochrane faz uma revisão de 8 ensaios clínicos acerca do tratamento do prolapso do compartimento anterior com diferentes tipos de implantes biológicos. Foram estudadas 863 mulheres, 413 foram submetidas a colporrafia anterior e 450 a reparação com recurso a materiais biológicos. Quatro estudos utilizaram derme porcina – Pelvicol®, dois utilizaram submucosa de intestino delgado porcino, um usou fáscia lata de cadáver e um utilizou pericárdio bovino. Houve uma grande heterogeneidade nos casos seleccionados para os diferentes estudos (reparação primária *versus* recorrência, reparação do compartimento anterior *versus* reparações múltiplas).

Quando todos os implantes biológicos foram analisados em conjunto, o resultado foi similar para os dois grupos no que refere à avaliação subjectiva e taxa de re-operação, contudo a taxa de recorrência objectiva foi menor no grupo que fez a reparação com colocação de implante (fraca evidência). No entanto, quando se analisou apenas o grupo que utilizou derme porcina Pelvicol® e se comparou com o grupo da colporrafia anterior, apenas um estudo randomizado e controlado reportou resultados superiores no grupo do Pelvicol®. Nos restantes estudos não houve diferenças significativas no que respeita à avaliação subjectiva e objectiva do prolapso, bem como nas taxas de re-operação.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

A utilização de implantes biológicos não parece melhorar as taxas de sucesso.

O tempo cirúrgico da colporrafia anterior foi menor do que o da reparação com colocação de implante biológico.

### 1.4 Prolapso recorrente do compartimento anterior

Embora seja advogado por muitos especialistas que a principal indicação para a utilização de redes de polipropileno na cura do prolapso seja os casos complexos ou de "alto risco", nomeadamente os de prolapso recorrente, existe pouca evidência que suporte esta posição.

Existem três estudos que comparam a correção do prolapso recorrente do compartimento anterior com tecidos nativos *versus* redes sintéticas. Estes revelaram-se heterogêneos, mal desenhados e com numerosos viéses que comprometem a qualidade dos resultados apresentados. No entanto demonstraram que, em mulheres com prolapso recorrente, a utilização de rede transvaginal tem vantagens sobre a reparação com tecidos nativos, excepto no que respeita à taxa de exposição / extrusão que parece ser mais elevada na cirurgia do POP recorrente.

### Recomendações para o compartimento anterior

RECOMENDAÇÕES	GR
A colporrafia anterior é geralmente recomendada, contudo a utilização de rede sintética permanente pode ser considerada no prolapso recorrente se a paciente compreender o perfil de risco / benefício.	A
A utilização de rede de polipropileno melhora o resultado anatómico e subjectivo quando comparado com a colporrafia anterior, sem impacto adicional na QoL das pacientes, estando no entanto, associada a um aumento da morbilidade.	A
A fixação apical efectuada em concomitância com a colporrafia anterior parece diminuir significativamente o risco de recorrência.	B
Os implantes biológicos não oferecem vantagem sobre a colporrafia anterior.	B
A utilização de rede na reparação do prolapso recorrente está associada a uma maior taxa de extrusão, quando comparada com a reparação primária.	C

>

&gt;

RECOMENDAÇÕES	GR
Não existem dados conclusivos acerca da eficácia e segurança das redes transvaginais actualmente disponíveis no mercado, para tratamento do prolapso recorrente.	D
A inexistência de estudos adequados impossibilita a recomendação da reparação dos defeitos paravaginais quer seja por via vaginal, abdominal ou laparoscópica.	0
A presença de avulsão do músculo levantador do ânus parece estar associada a um maior risco de recorrência do prolapso, pelo que o uso de rede sintética pode ser considerado.	0

## 2. Cirurgia do Compartimento Posterior (CP)

O prolapso da parede vaginal posterior pode ser secundário à presença de rectocelo, enterocelo posterior ou ambos. Pode causar sintomas relacionados com o prolapso propriamente dito ou alterações defecatórias. É importante determinar pré-operatoriamente, se elas têm origem num rectocelo, numa intussuscepção ou se são condicionadas pela síndrome do períneo descendente. O trabalho multidisciplinar com a colaboração de um coloproctologista e de um cirurgião colorrectal é da maior importância.

A cirurgia para reparação do prolapso da parede vaginal posterior inclui a plicatura da linha média, a reparação específica do local lesado, a colocação de implante ou rede, a reparação transanal, a rectopexia ventral e a sacrocolpopexia com extensão da rede à porção distal da vagina e/ou períneo. A reparação transanal e a rectopexia ventral devem ser preferencialmente efectuadas por cirurgiões colorrectais, pelo que não irão ser abordadas neste capítulo.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES - CONCLUSÕES	NE	GR
A via vaginal é preferível à via transanal na reparação do rectocelo sintomático, com melhores resultados quer anatómicos quer funcionais, como foi demonstrado em dois estudos randomizados.	1	A

### 2.1 Colporrafia posterior ou reparação com tecidos nativos

A plicatura na linha média da camada fibromuscular (fáscia) do compartimento posterior diminui a largura da parede vaginal posterior, cria uma superfície de suporte e teoricamente aumenta a resistência da fáscia. A taxa de sucesso desta técnica (76 - 96%) é significativamente mais elevada do que a reportada para a reparação específica do local lesado ( $\pm 70\%$ ). Esta última técnica acarreta uma dissecação inicial idêntica à da plicatura fascial na linha média, mas a reparação da fáscia é efectuada após identificação dos defeitos, através da colocação de 1 dedo no recto da paciente. Qualquer zona de disrupção dos tecidos identificada deve ser reparada com pontos separados. Se depois desta reparação, persistir algum grau de laxidão, deve proceder-se também à plicatura na linha média.

A taxa de recorrência da plicatura da fáscia na linha média é significativamente menor do que a reparação específica de local (13% *versus* 32%), pelo que é a preferida para reparação do compartimento posterior.

A colporrafia posterior *standard* incluía a plicatura da porção distal do músculo elevador do ânus, mas este procedimento não evidenciou qualquer redução na taxa de recorrência relativamente à plicatura na linha média e está associado a maiores taxas de dispareunia.

### 2.2 Reparação com recurso a material de implante sintético (redes)

As redes não devem ser usadas por rotina na reparação do compartimento posterior pois não melhoram os resultados e estão associadas a maior taxa de complicações.

Não existem estudos randomizados do uso de material sintético não absorvível no compartimento posterior.

### 2.3 Reparação com recurso a material de implante biológico

A colocação de um implante biológico no compartimento posterior é efectuada depois de se ter procedido à plicatura da fáscia na linha média ou à reparação específica de local. Ancorado lateralmente, o implante fica colocado entre a fáscia e a vagina.

Os estudos efectuados até à data não evidenciaram qualquer benefício na colocação de implantes biológicos. As taxas de sucesso objectivo, subjectivo, a resolução dos sintomas defecatórios e a taxa de dispareunia pós-operatória foram sobreponíveis.

Os implantes biológicos não devem ser usados na correcção do prolapso do compartimento posterior.

### Recomendações para o compartimento posterior

RECOMENDAÇÕES	GR
A abordagem transvaginal é superior à transanal.	A
A colporrafia posterior é o procedimento de eleição.	B
A plicatura da fásica na linha média é superior à reparação específica do local lesado.	C
A plicatura do músculo levantador do ânus está associada a uma taxa de dispareunia elevada.	B
Não há evidência que demonstre o benefício no uso de material de implante sintético ou biológico.	C
A associação de prolapso vaginal e rectal beneficia da colaboração entre o ginecologista e o cirurgião colorrectal.	C
A inexistência de estudos adequados impossibilita a recomendação da reparação dos defeitos paravaginais quer seja por via vaginal, abdominal ou laparoscópica.	0
A presença de avulsão do músculo elevador do ânus parece estar associada a um maior risco de recorrência do prolapso, pelo que o uso de rede sintética pode ser considerado.	0

### 2.4 Perineorrafia

Se a perineorrafia for necessária o períneo deve ser reconstruído com uma altura de cerca de 4 cm entre a abertura da vagina e o recto. Devem usar-se suturas reabsorvíveis.

Estreitar o intróito ou a plicatura do *puborectalis* deve ser evitada pois conduz a dispareunia. O objectivo desta reparação é a restauração anatómica do períneo e não a sua sobrecorreção.

### 3. Cirurgia do Compartimento Apical

A correcção cirúrgica do prolapso do compartimento apical é fundamental para o sucesso da terapêutica do POP. A associação com defeitos a nível dos compartimentos anterior e posterior é frequente e as cirurgias que os corrigem podem falhar se o compartimento apical não tiver o suporte adequado. Isoladamente pode ser o único procedimento, em situações de prolapso uterino ou da cúpula vaginal.

A correcção cirúrgica dos defeitos do compartimento apical tem diversas opções, com taxas de cura relativamente elevadas. Os procedimentos de suspensão apical podem ser efectuados por via transvaginal ou por via abdominal (laparotomia, laparoscopia ou robótica). A maioria dos estudos sugere que a via vaginal é a mais utilizada, representando 80–90 % das cirurgias efectuadas por esta via.

Os antecedentes cirúrgicos, as comorbilidades e as expectativas da paciente, o facto de se tratar ou não de um prolapso recorrente e a experiência do cirurgião determinam a selecção do procedimento cirúrgico a efectuar.

#### 3.1 Fixação aos ligamentos útero-sagrados / Técnica de McCall / Técnica de Shull

A fixação transvaginal da cúpula aos ligamentos útero-sagrados tem taxas de sucesso na correcção do compartimento apical de 98% (95% CI 95,7–100), do compartimento anterior de 81% (95% CI 67,5–94,9) e do compartimento posterior de 87% (95% CI 80–94,9). Estudos retrospectivos sobre a fixação laparoscópica da cúpula vaginal aos ligamentos útero-sagrados após histerectomia concomitante, referem uma falha da suspensão apical de 11–13%.

Este procedimento está associado a um risco de lesão ureteral, por secção ou angulação, de cerca de 6% (1–11%), pelo que a cistoscopia intra-operatória é recomendada.

#### 3.2 Fixação aos ligamentos sacroespinhosos – Técnica de Richter

Não foram demonstradas diferenças significativas, anatómicas ou funcionais, entre a fixação vaginal aos ligamentos útero-sagrados e a fixação ao sacroespinhoso.

Após a realização desta técnica o risco de recorrência do prolapso é mais comum no compartimento anterior, com taxas de 5–39%, ocorrendo menos frequentemente no compartimento posterior com taxas de 5–12%. A fixação apical é muito eficaz, com uma taxa de sucesso de 96%. Esta técnica pode e deve ser efectuada com recurso a suturas não absorvíveis ou com a fixação de rede ao ligamento sacroespinoso e à cúpula vaginal.

### 3.3 Sacrocolpopexia abdominal, laparoscópica e assistida por robótica

A taxa de sucesso da sacrocolpopexia abdominal na correcção do compartimento apical é de 78–100% e o risco de re-operação por recorrência do prolapso é de 4,4%. A sacrocolpopexia laparoscópica apresenta taxas de sucesso igualmente elevadas, de 91%. O uso de rede de polipropileno é uma estratégia bem estabelecida para obter o aumento da durabilidade do procedimento.

Quando comparada com a colpopexia vaginal ao sacroespinoso, a sacrocolpopexia está associada a um maior tempo operatório, maior tempo de recuperação e maior custo do que a abordagem vaginal. A menor taxa de re-operação no grupo abdominal não teve significado estatístico.

### 3.4 Miorrafia alta dos elevadores do ânus e fixação da cúpula vaginal à fáscia íleo-coccígea

Os estudos descrevendo a utilização destas técnicas na correcção do compartimento apical são limitados, com taxas de sucesso que variam entre 53 e 96%.

### 3.5 Procedimentos com preservação uterina

Estes procedimentos devem ser ponderados na ausência de patologia uterina actual ou prévia, clínica ou imagiológica, e caso a paciente pretenda preservar o útero. As técnicas incluem a histeropexia ao sacroespinoso, a sacrohisteropexia abdominal, laparoscópica ou robótica e a fixação aos ligamentos útero-sagrados.

Alguns estudos compararam a histerectomia vaginal com fixação da cúpula vaginal aos ligamentos útero-sagrados à histeropexia ao sacroespinoso, não encontrando diferenças significativas (taxas de recorrência de 8 *versus* 4%).

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

RECOMENDAÇÕES ICS / ICUD 2017	GR
Histeropexia é uma solução razoável em mulheres que pretendam cirurgia para correcção do seu POP, sem contra-indicações para preservação uterina. No entanto o follow-up a longo prazo é limitado e a necessidade de histerectomia subsequente desconhecida	C
Evidência de nível 1 e 2 revela que não existe diferença nos resultados entre histeropexia fixada ao sacroespinhoso e a histerectomia vaginal com correcção de POP com tecidos nativos	C

### Operação de Manchester-Fothergill

Trata-se de uma amputação do colo uterino com encurtamento dos ligamentos cardinais e sutura à face anterior do colo uterino. É muitas das vezes acompanhada de colpoplastia anterior e posterior. A sua principal indicação é o prolapso uterino com hipertrofia / alongamento do colo.

Comparada com a Histerectomia vaginal, oferece menor taxa de complicações intra e pós-operatórias, menor tempo operatório, menor tempo de internamento tornando-se, assim, menos dispendiosa. Apresenta ainda uma menor taxa de recorrência do prolapso, no entanto coexiste o risco de desenvolvimento de patologia maligna uterina.

Foi encontrado um baixo nível de evidência num estudo aleatorizado (n=94) que demonstrou diferença clínica importante entre a Histerectomia Vaginal e a cirurgia de Manchester/Fothergill na necessidade de reoperação de POP aos 61 meses.

### 3.6 Histerectomia Vaginal

O POP é uma das indicações mais comuns de histerectomia vaginal. Inquéritos efectuados nos EUA, a mulheres com POP, 31-60% escolheram a preservação uterina, assumindo igual eficácia na resolução do prolapso, mas com desvio do conhecimento confundindo preservação uterina com preservação ovárica.

Mulheres que tenham completado a sua vida obstétrica, devem ser informadas dos riscos de preservação uterina: neoplasias do ovário, colo uterino, enométrio e miométrio.

Mulheres com história familiar de BRCA, Síndrome de Lynch e obesas devem ser aconselhadas a efectuar histerectomia vaginal.

**CONTRAINDICAÇÕES PARA CONSERVAÇÃO UTERINA**

Fibromiomas, Adeniose, Pólipos endometriais

Displasia cervical presente ou recente

Hemorragia uterina anormal

Hemorragia pós-menopausa

Alongamento cervical

BRCA 1, 2 familiar (risco de Carcinoma (Ca) do ovário e teoricamente risco de Ca das trompas e Ca seroso do endométrio

Ca colorrectal não polipoide familiar (Síndrome de Lynch) – 60% de risco de Ca do endométrio

Terapia com Tamoxifeno

Obesidade – aumenta 3 vezes o risco de Ca do endométrio

Incapacidade de cumprir rotina ginecológica

**RECOMENDAÇÕES ICS /ICUD 2017**

**GR**

A hysterectomia vaginal com suspensão apical tem uma baixa taxa de reoperação por prolapso quando comparada com a sacrohisteropexia

B

Os dados existentes não suportam a escolha de hysterectomia vaginal e rede transvaginal. Não existe diferença no sucesso anatômico, comparado com histeropexia com rede transvaginal; no entanto a taxa de exposição de rede é significativamente mais elevada após hysterectomia do que com histeropexia

C

**3.7 Colpocleisis**

A colpocleisis é um procedimento relativamente rápido e com poucas complicações, sendo predominantemente efectuado em mulheres idosas, com múltiplas comorbilidades, sem vida sexual activa e sem desejo de retomar a mesma. A recorrência após uma colpocleisis é rara, ainda que um número reduzido de mulheres (<5%), manifestassem insatisfação relativamente à cirurgia.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

RECOMENDAÇÃO ICS /ICUD 2017	GR
A Colpocleisis de LeFort é preferível do que histerectomia vaginal ou do que Colpocleisis total, quando não há indicação específica para histerectomia e não há desejo de preservação de vida sexual	D

### Recomendações para a cirurgia do compartimento apical

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES – CONCLUSÕES ICS/ ICUD 2017	NE	GR
A colpopenia ao sacroespinhoso, a fixação vaginal ou laparoscópica aos útero-sagrados e a sacrocolpopexia abdominal, laparoscópica ou assistida por robótica, podem ser usadas na correcção do compartimento apical, com taxas de sucesso superiores a 90%.	2	A
A opção quanto ao procedimento a efectuar deve ser ponderada com a paciente, tendo em conta os sintomas, comorbilidades, factores de risco, potencial benefício de uma histerectomia concomitante, desejo da paciente e experiência do cirurgião.	2	A
A sacrocolpopexia abdominal é um procedimento que tem sido muito estudado e por longos períodos de tempo, sendo considerado o mais eficaz. A sacrocolpopexia laparoscópica pode ser considerada em Serviços com a experiência necessária para a sua realização.	2	B
A realização de uma histerectomia total concomitante com a sacrocolpopexia deve ser evitada, pelo risco aumentado de erosão da rede.	2	B
A sacrocolpopexia e a fixação ao sacroespinhoso são procedimentos equivalentes com benefícios e desvantagens diferentes. Se não houver contra-indicação a sacrocolpopexia pode ser a cirurgia preferencial.	1b	B
O uso de implantes absorvíveis ou biológicos não é recomendado para a fixação ao sacro na sacrocolpopexia.	2	A
A cistoscopia intra-operatória é recomendada na suspensão da cúpula vaginal aos ligamentos útero-sagrados, pelo maior risco de lesão do ureter.	2	B
A miorrafia dos elevadores do ânus e a fixação vaginal à fásia íleocecígea não têm sido muito estudadas, pelo que só devem ser efectuadas em situações específicas e na ausência de outras alternativas	3	O
A colpocleisis pode ser considerada em casos seleccionados após discussão do procedimento com as pacientes	3	O

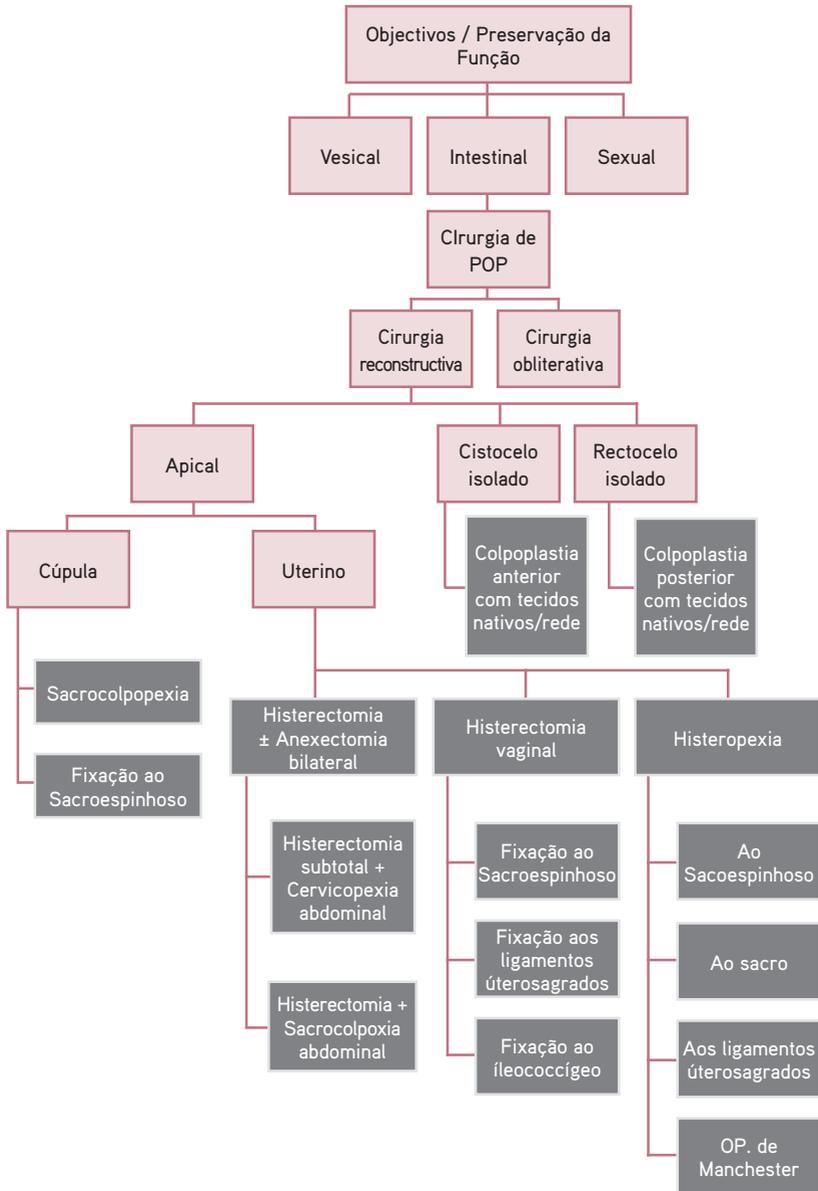
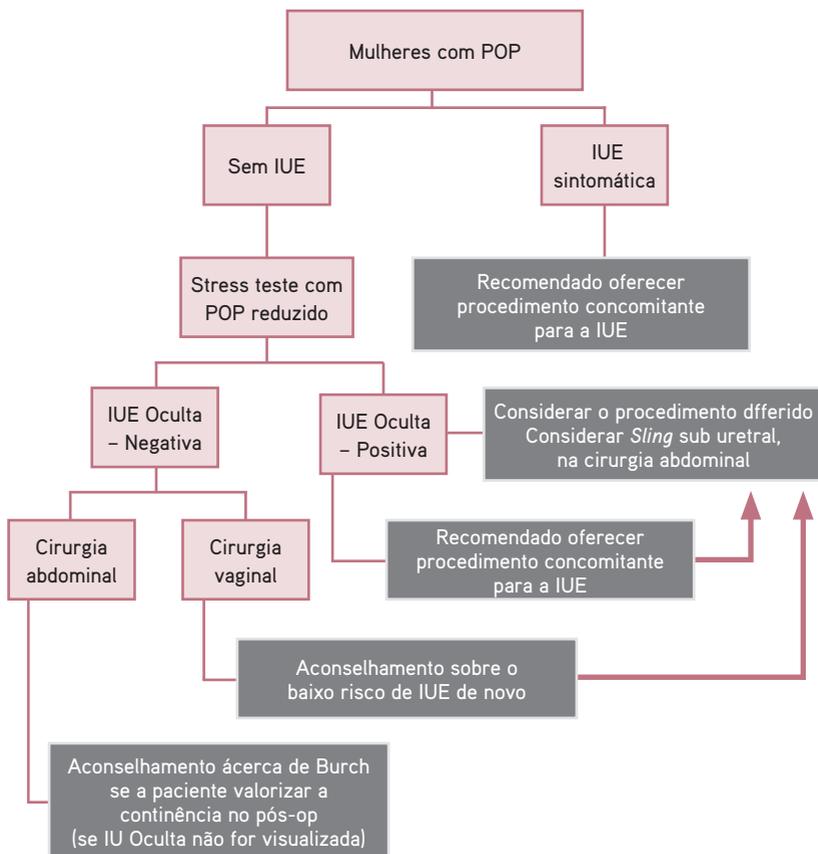


Figura 10 – Fluxograma de decisão cirúrgica de POP

### 3.8 Cirurgia de Prolapso do Pavimento Pélvico e Incontinência Urinária de Esforço



**Figura 11** – Fluxograma de decisão baseada nos sintomas e stress teste de IUE na cirurgia de POP, associada ou não a IUE

### Bexiga Hiperactiva e Disfunção no Esvaziamento associada a POP

Sintomas de Bexiga Hiperactiva podem estar associados a POP, e por isso a cirurgia de POP pode curar ou melhorar esta sintomatologia. No entanto, também pode resultar em sintomas de BH de novo.

Segundo uma revisão da Cochrane, calcula-se que os sintomas de bexiga hiperactiva possam surgir de novo em 12% das mulheres que se submeteram a cirurgia de POP.

Na mesma revisão da Cochrane de 2013, foram encontrados valores de disfunção no esvaziamento com as mais diferentes técnicas de correcção cirúrgica do POP, que podem atingir os 9%. Após a cirurgia de correcção do prolapso do compartimento anterior, estes valores podem ir de 0% a 37%. Quando efetuados com rede, entre 5% e 32 %.

Quando existe disfunção do esvaziamento no pós-operatório de cirurgia de POP, retenção urinária ou RPM acima de 150 ml, a cateterização intermitente asséptica é superior em termos de infecção urinária e tempo de necessidade cateterização, ao cateter permanente. Segundo estudos aleatorizados a cateterização intermitente é equivalente à cateterização suprapúbica, esta última apresentando mais complicações de hematúria e entupimento do cateter.

RECOMENDAÇÕES ICS/ ICUD 2017	GR
Mulheres continentas que tenham sido submetidas a cirurgia de POP do compartimento anterior clássica têm menor taxa de IUE de novo do que cirurgia com rede.	A
Os resultados dos estudos são contraditórios, relativamente á realização profilática da Colpossuspensão de Burch nas mulheres submetidas a Sacrocolpopexia.	C
Em mulheres aparentemente continentas com pesquisa de IUE oculta positiva, a realização concomitante de cirurgia da incontinência reduz a taxa de IUE pós-operatória.	A
Em mulheres com POP e IUE a cirurgia de correcção de POP isolada (com rede ou de correcção de POP anterior) está associada a maus resultados para a IUE. Cirurgias concomitantes, POP e IUE reduzem o risco de incontinência no pós-operatório.	B
Hiperactividade vesical no pré-operatório pode ser resolvida em 40% dos casos, após correcção de POP. Hiperactividade vesical de novo ocorre em média em 12% das cirurgias.	C
Disfunção no esvaziamento vesical no pós-operatório não é incomum, mas é usualmente temporária. Treino vesical deve ser efectuado após cirurgia de POP.	C
Com nível de evidência alto, a algiação permanente não deve ser deixada mais que 48 h. A cateterização intermitente asséptica é o método preferível para tratar a retenção urinária com resultados sobreponíveis à cateterização suprapúbica e com menos complicações.	B

### Considerações finais

Nos últimos anos a cirurgia do prolapso genital sofreu alterações significativas como consequência da remoção do mercado, de numerosos implantes e dispositivos de colocação transvaginal.

Apesar do criticismo e da preocupação demonstrados pela comunidade em geral, na introdução de novos materiais e técnicas cirúrgicas suportados por pouca evidência quanto à sua segurança e eficácia, a cirurgia vaginal com recurso à colocação de rede continua a ser efectuada e em casos específicos é a alternativa menos invasiva, mais segura e eficaz para a correcção do prolapso.

A inovação na cirurgia do POP continua a ser vital para melhorar os resultados terapêuticos das nossas pacientes, no entanto subsiste a obrigação do trabalho colaborativo entre os clínicos e a indústria sob estreita supervisão regulatória local e nacional, para assegurar que novas intervenções sejam adequadamente avaliadas e validadas antes de se alargarem à prática clínica em geral.

### Bibliografia

K. Baessler et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG. *Geburtsh Frauenheilk* 2016;76:1287–1301

Maher C, Feiner B, Baessler K et al. Transvaginal mesh grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD012079

Maher C, Feiner B, Baessler K et al. Surgery for women with anterior compartment prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD004014

Maher C, Feiner B, Baessler K et al. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD012376

Maryse L, Roxana G, Jens-Erik W et al. Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse. SOGC clinical practice guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(11):1085-1097

Chapple C, Cruz F, Deffieux X, Millani A et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the use of implanted materials for treating pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *European Association of Urology*, 2017

Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1835-1841.

Abrams P et al. Incontinence. 6th International Consultation on Incontinence 2017;12:1443- 1628;23:2549- 2581.

ACOG. Pelvic Organ Prolapse, ACOG Practice Bulletin November 2017;185.

Shah AD, Kohli N, Rajan SS, Hoyte L. The age distribution, rates, and types of surgery for pelvic organ prolapse in the USA. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(3):421-428.

Weber AM, Walters MD, Pieddmon MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(6):1299-1304.

Sand PK, Koduri S, Lobel RW, Winkler HA, Tomezsko J, Culligan PJ et al. Prospective randomized trial of polygalactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1357-1362.

White GR. An Anatomic operation for the cure of cystocele. *Am J Obstet Dis Woman Children* 1912;65:286-290

Richardson AC, Lyon JB, Williams NL. A new look at pelvic relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126(5):568.-573.

Mallipeddi PK, Steele AC, Kohli N, Karram MM. Anatomic and functional outcome of vaginal paravaginal repair in the correction of anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(2):83-88.

Eilber KS, Alperin M, Kan A, Wu N, Pashos CL, Clemens JQ et al. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol* 2013;122(5):981-987.

Young SB, Daman JJ, Bony LG. Vaginal paravaginal repair: one-year outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(6):1360-1366;discussion 6-7.-8.

Chmielewski L, Walters MD, Weber AM, Barber MD. Reanalysis of a randomized trial of 3 techniques of anterior colporrhaphy using clinically relevant definitions of success. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Jul;205(1):69.e1-8.

Gandhi S, Golberg RP, Kwon C, Koduri S, Beaumont JL, Abramov Y et al. A prospective randomized trial using solvent dehydrated fascia lata for the prevention of recurrent anterior vaginal wall prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1649-1654.

Meschia M, Pifarotti P, Bernasconi F, Magatti F, Riva D, Kocjancic E. Porcine skin collagen implants to prevent anterior vaginal wall prolapse recurrence: a multicentre, randomized study. *J Urol* 2007;177(1):192-195.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Gurette NL, Peterson TV, Aguirre OA, Vandrie DM, Biller DH, Davila GW. Anterior repair with or without collagen matrix reinforcement: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009;114(1):59-65.

Hviid U, Hviid TV, Rudnicki M. Porcine skin collagen implants for anterior vaginal wall prolapse: a randomized prospective controlled study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21(5):529-534.

Feldner PC, Castro RA, Cicolotti LA, Delroy CA, Sartori MG, Girao MJ. Anterior vaginal wall prolapse: a randomized controlled trial of SIS graft versus traditional colporrhaphy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21(9):1057-1063.

Dahlgren E, Kjolhede P. Long term outcome of porcine skin graft in surgical treatment of recurrent pelvic organ prolapse. An open randomized controlled multicentre study. *Acta Obstetrician et Gynecologica Scandinavica* 2011;90(12):1393-1401.

Robert MMDM, Girad IMD, Brennand EMD, Tang SB, Birch CMD, Murphy MMD, et al. Absorbable Mesh Augmentation Compared with no Mesh for anterior prolapse: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;123(2):288-294.

Simonds RJ, Homberg SD, Hurwitz RL et al. Transmission of human immunodeficiency virus type 1 from seronegative organ tissue donor. *N Engl J Med* 1992;326:726-730.

Hathaway JK, Choe JM. Intact genetic material is present in commercially processed cadaver allografts used for pubovaginal slings. *J Urol* 2002;168(3):1040-1043.

Fayyad AM, North C, Reid FM, Smith AR. Prospective study of anterior transobturator mesh kit (prolift) for the management of recurrent anterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2011;22(2):157-163.

Withagen MI, Milani AL, Den Boon J, Vervest HA, Vierhout ME. Trocar-guided mesh compared with conventional repair in recurrent prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;117(2 Pt 1):242-250.

Ow LL, Lim YN, Dwyer PL, Karmarkar D, Murray C, Thomas E et al. Native tissue repair or transvaginal mesh for recurrent vaginal prolapse: what are the long term outcomes? *Int Urogynecol J* 2016;27(9):1313-1320.

Kahn MA SS. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:82-86.

Weber AM, Walters MD, Piedmont MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(6):1610-1615.

Abramov Y, Kwon C, Gandhi S, Goldberg R et al. Long-term anatomic outcome of discrete site-specific defect repair versus standard posterior colporrhaphy for the cor-

rection of advanced rectocele: A 1 year follow up analysis. *Neurourol Urodyn* 2003; 22(5):520-521.

Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP, Botros SM, Kwon C, Sand PK. Site-specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaphy. *Obstet Gynecol* 2005;105(2):314-318.

Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y et al. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstet Gynecol* 2006;108:324-332.

Dietz HP, Chantarasorn V, Shek KL. Levator avulsion is a risk factor for cystocele recurrence. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:76-80.

Weemhoff M, Vergeldt TF, Notten K et al. Avulsion of puborectalis muscle and other risk factors for cystocele recurrence: a 2-year follow up study. *Int Urogynecol J* 2012;23:65-71

Morgan DM, Larson K, Lewicky-Gaupp C et al. Vaginal support as determined by levator ani defect status 6 weeks after primary surgery for pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114:141-144.

Wong V, Shek KL, Goh J et al. Cystocele recurrence after anterior colporrhaphy with and without mesh use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;172:172:131-135.

Kan MA, Stanton SL, Kumar D et al. Posterior colporrhaphy is superior to the transanal repair for treatment of posterior vaginal wall prolapse. *Neurourol Urodyn* 1999;18:70-71.

Kan MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:82-86.

Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY et al. Results of rectocele repair. A prospective study. *Dis Colon Rectum* 1995;38:7-13.

Nieminen K, Hiltunen KM, Laitinen J et al. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective randomized pilot study. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1636-1642.

Barber MD, Brubaker L, Nygaard I et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-609.

White JL, Weber AM, Meyn LA et al. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1553-1558.

Wong V, Shek K, Rane A et al. Is levator avulsion a predictor of cystocele recurrence following anterior mesh anterior placement. *Ultrasound Obstet Gynaecol* 2013;42:230-234.

Kux L-Department of Health and Human Services Obst/Gynec devices Reclassification of Surgical mesh for Transvaginal POP Repair *Fed Register* 2016;81(2):354-361.

## II PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Barski D, Otto T, Gerulis H. Systematic review and classification of complications after anterior apical and total vaginal mesh implantation for prolapse repair. *Sur Technol Int* 2014; 24:217-224.

Glazener CM, Breeman S, Elders A et al. PROSPECT Study Group Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials *Lancet* 2017;389(10067):381-392.

Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI, Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligamentsuspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecology J*. 2018;29(2):431-440.

# DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE *SLINGS* / REDES NO TRATAMENTO DA IUE E POP

## DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE FITAS SINTÉTICAS (*SLINGS*) SUBURETRAIIS NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

### Resumo

Existe um grande número de recomendações e tomadas de posição a nível mundial sobre o uso de fitas sintéticas (*slings*) no tratamento da Incontinência Urinária de Esforço (IUE), o que reflete a importância da sua discussão e a controvérsia que tem sido gerada. Em geral, há uma sinergia e concordância entre as diferentes sociedades científicas, considerando-as uma opção segura, apesar de correrem risco de serem retiradas do mercado, devido ao seu uso indiscriminado. Desta forma, a Secção Portuguesa de Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, em conjunto com a Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia, percebeu a necessidade de emitir recomendações sobre este assunto para apoiar os cirurgiões pélvicos no uso de redes vaginais em Portugal. Este documento visa defender a segurança do uso de redes no tratamento da IUE no nosso país.

### Contextualização e normas de orientação

- 1) A incontinência urinária de esforço (IUE) apresenta uma elevada prevalência na população feminina, podendo atingir os 49%, dependendo da população estudada. Diferentes fatores como a idade, história obstétrica, índice de massa corporal, realização de exercício físico e raça podem afetar a proporção de doentes com este diagnóstico. A sua prevalência tem vindo a aumentar, não só pelo envelhecimento da população, mas também pelo aumento da procura de cuidados

médicos relativamente à IUE por parte das mulheres. Apesar de não ser uma patologia que ameaça a vida, ela tem um importante impacto negativo na qualidade de vida, nomeadamente nas atividades diárias, função sexual e bem estar psicossocial a que se acrescentam elevados custos para as mulheres e para a sociedade.

- 2) As opções terapêuticas da IUE englobam os tratamentos conservadores, como alterações do estilo de vida e reeducação do pavimento pélvico, considerados de primeira linha, e os tratamentos cirúrgicos, com maior eficácia do que os conservadores e reservados para quando os primeiros não são suficientes ou nas situações de IUE grave.
- 3) Os *slings* da uretra média são procedimentos minimamente invasivos para tratamento da IUE feminina, desenvolvidos na Europa nos anos 90. Consistem em próteses sintéticas de polipropileno, colocadas sob a uretra média por via vaginal, conferindo-lhe um suporte dinâmico e impedindo a fuga urinária involuntária com o esforço. Foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA) em 1996, classificadas como dispositivos de classe I e reclassificadas em Classe II (risco baixo a moderado, com necessidade de controlos especiais) em 2016. Os comunicados emitidos pela FDA acerca da segurança e eficácia do uso de próteses por via vaginal, primeiro em 2008 e depois em 2011, levaram a um escrutínio do uso de redes de prolapso de órgãos pélvicos mas também de IUE. Em 2013 a FDA fez outra revisão da literatura sobre as redes de IUE, concluindo novamente que os *slings* da uretra média para a IUE, tanto retropúbicos como transobturadores, apresentam segurança e eficácia demonstradas. Excluíram os *slings* de incisão única, para os quais esta segurança e eficácia ainda não foram adequadamente demonstradas, sendo necessários mais estudos com evidência científica. O alarmismo social provocado pelos comunicados da FDA referentes aos resultados adversos das redes de prolapso, que transcenderam o âmbito científico, acabaram por ter também um impacto negativo sobre as redes de incontinência.
- 4) Segundo uma estimativa realizada pela indústria de próteses sintéticas, em 2010 tinham sido já submetidas cerca de 250.000 mulheres

a cirurgias de correção de IUE com recurso a redes suburetrais, o que faz com que mais de 80% das técnicas cirúrgicas para o tratamento da IUE tenham já sido realizadas com rede por via vaginal.

- 5) A correção de IUE com rede foi já avaliada em mais de 2000 publicações, tornando-a o procedimento atualmente em curso para correção de IUE mais extensivamente analisado. Estas publicações científicas estudaram todo o tipo de doentes, nomeadamente com co-morbilidades como prolapso, obesidade e disfunção miccional. Os *slings* da uretra média demonstraram uma eficácia semelhante às técnicas cirúrgicas tradicionais para correção de IUE, mas com claras vantagens relativamente à menor invasividade, ao tempo cirúrgico, tempo de internamento, retorno à vida ativa e com taxas de complicações inferiores, nomeadamente disfunção miccional e sintomas de bexiga hiperativa. Estas vantagens tornaram os *slings* da uretra média o procedimento preferencial para o tratamento da IUE. Alguns autores chegam mesmo a considerar o abandono das redes de incontinência em alguns países, um passo retrógrado no tratamento da IUE feminina. Independentemente da via de abordagem, retropúbica ou transobturadora, os *slings* suburetrais mostram-se altamente eficazes no tratamento da IUE a curto e médio prazo, com uma evidência crescente de elevada eficácia também a longo prazo.
- 6) Qualquer cirurgia pode causar complicações e os *slings* suburetrais não são excepção. Nestes, em particular, inclui-se a hemorragia, lesão vesical, intestinal, dificuldade de esvaziamento vesical, erosão e exposição de rede, disfunção sexual e dor pélvica. Estas complicações podem implicar uma nova cirurgia para a sua correção, pouco frequente.
- 7) Com o crescente uso dos *slings* suburetrais, aumentaram também os efeitos adversos associados. Por esta razão, a Comissão Europeia pediu ao Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) para avaliar os riscos sanitários relacionados com o uso de próteses cirúrgicas. No seu documento final, emitido em 2015, estes apoiam o uso dos *slings* suburetrais,

desde que realizados por cirurgiões experientes e devidamente qualificados, dado tratar-se de um procedimento de elevada eficácia e segurança no tratamento da IUE moderada a grave. Recomendam a seleção adequada das doentes, a limitação da quantidade de rede em todos os procedimentos, o uso de um consentimento informado específico o mais esclarecedor possível, o *follow-up* prolongado destas doentes, o registo das complicações em bases de dados previamente definidas e a implementação de um programa de certificação dos cirurgiões baseado nas directrizes internacionais em cooperação com as associações cirúrgicas europeias. Recomendam ainda que as complicações decorrentes destas técnicas sejam resolvidas em centros com experiência neste campo.

- 8) A seleção do procedimento cirúrgico deverá ser feita após discussão e decisão partilhada com a doente, acerca dos riscos, benefícios e alternativas terapêuticas. É fundamental obter o consentimento informado previamente a qualquer cirurgia. A doente deve ser informada sobre as alternativas ao tratamento cirúrgico, incluindo as medidas conservadoras. Os potenciais benefícios e complicações com o uso de redes devem ser discriminados. Aconselha-se o fornecimento à doente de informação por escrito.
- 9) Os cirurgiões com pouca experiência na colocação e revisão dos *slings* suburetrais devem orientar estas mulheres para centros de referência com cirurgiões treinados. Idealmente, cada cirurgião deverá acompanhar os seus próprios resultados cirúrgicos e existe já uma base de dados nacional, o Registo Nacional de Complicações com o Uso de Redes, criado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, onde deverá ser realizado esse registo em todos os hospitais, de modo a perceber a incidência do uso de redes, seus resultados e complicações ao longo do tempo.

## Bibliografia

A Ugianskiene, GW Davila, and TH Su. FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: *Int J Gynecol Obstet* 2019; 147(2):147–155.

KA. Amin, K Janssen, and KC Kobashi. AUA Guidelines on Stress Urinary Incontinence: What Is New in the Guidelines? *Curr Bladder Dysfunct Repv* 2018; 13(3):85–92.

United States Food and Drug Administration. Reclassification of Urogynecologic Surgical Mesh Instrumentation 2016.

United States Food and Drug Administration. Medical Devices FDA Public Health Notification : Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh in Repair of Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence 2008: 5–6.

United States Food and Drug Administration. FDA safety communication: Update on serious complications associated with transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse 2011. *J Urol* 2011; 186(6): 2328–330.

United States Food and Drug Administration. Considerations about Surgical Mesh for SUI 2013; 20: 3–5.

SINUG et al. Documento de Consenso de SINUG sobre el uso de mallas en el tratamiento de la incontinencia urinaria 2019.

IUGA. Position statement on mesh midurethral slings for stress urinary incontinence <http://www.iuga.org/publications/position-statements> 2014.

H Härtig. Position statement AUGS/SUFU. Mesh Midurethral Slings for Stress Urinary Incontinence. *Proc 4th Work ACM SIGOPS Eur Work EW* 1990, 2018.

A Clancy. Committee Opinion No 387-Mid-Urethral Slings for Stress Urinary Incontinence. *J Obstet Gynaecol Canada* 2019; 41(9):1389–391.

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Position statement on midurethral slings. *Ranzcog* 2014; March 2014.

B Welk, KV Carlson, RJ Baverstock, SS Steele, GG Bailly, DR Hickling. Canadian Urological Association position statement on the use of transvaginal mesh. *Can Urol Assoc J* 2017; 11(6): S105–S107.

L Saraswat, H Rehman, MI Omar, JD Cody, P Aluko, and CM Glazener. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane database Syst. Rev* 2020; 1: CD001754.

M. Imamura et al. Surgical interventions for women with stress urinary incontinence: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2019; 365.

### III DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE SLINGS / REDES NO TRATAMENTO DA IUE E POP

CR Chapple et al. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. *European Urology* 2017; 72(3): 424–31

ALAPP – Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico. Declaración en apoyo de los sling mediouretrales para la incontinencia urinaria por estrés – en nombre de la Comunidad Uroginecológica Internacional 2019.

BT Haylen, JKS Lee, V Sivagnanam, and A Cross. What if there were no tapes? *Neurourol. Urodyn* 2018; 37(6): 2026–034.

AA Ford, L Rogerson, JD Cody, P Aluko, and JA Ogah. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7.

M. Serati et al. TVT-O for treatment of pure urodynamic stress urinary incontinence: Efficacy and adverse effects at 13-years follow-up. *Neurourol Urodyn* 2020; January: 1–7.

S Athanasiou, D Zacharakis, C Kalantzis, A Protopapas, I Chatzipapas, and T Grigoriadis. Women living with a midurethral sling in their 80s: long-term outcomes. *Int Urogynecol J* 2019.

PL Dwyer and D Karmakar. Surgical management of urinary stress incontinence – Where are we now? *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2019; 54: 31–40.

F Natale, E Illiano, A Marchesi, C La Penna, and E Costantini. Transobturator Tape: Over 10 Years Follow-up. *Urology* 2019; 129: 48–53.

CG Nilsson, K Palva, R Aarnio, E Morcos, and C Falconer. Seventeen years follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J. Pelvic Floor Dysfunct* 2013; 24 (8):1265–269.

AA Berger, J Tan-Kim, and SA Menefee. Long-term Risk of Reoperation after Synthetic Mesh Midurethral Sling Surgery for Stress Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol* 2019; 134(5): 1047–055.

I Gurol-Urganci et al. Long-term Rate of Mesh Sling Removal Following Midurethral Mesh Sling Insertion among Women with Stress Urinary Incontinence. *JAMA – J Am Med Assoc* 2018; 320 (16):1659–669.

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) et al. Opinion on The safety of surgical meshes used in urogynecological surgery. December 2015.

C Nacional. Consenso Nacional sobre Uroginecología 2018:1–134.

## DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE REDES TRANSVAGINAIS NA CIRURGIA DE CORRECÇÃO DO PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS (POP)

O Prolapso dos Órgãos Pélvicos (POP) é uma patologia que afecta grande percentagem de mulheres, apresentando graves repercussões na qualidade de vida. O tratamento desta patologia, passa, também pela utilização de redes transvaginais. Existe controvérsia em relação ao uso destas redes devido ao uso indiscriminado e a graves complicações que daí advieram.

A Secção Portuguesa de Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e a Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia, percebeu a necessidade de emitir recomendações sobre este assunto para apoiar os cirurgiões uroginecológicos, no uso de redes transvaginais em Portugal.

### Contextualização e Normas de Orientação

- 1) O principal problema das cirurgias de correcção de POP com tecidos nativos, é a elevada taxa de recidiva e a potencial necessidade de nova correcção cirúrgica. Nos estudos longitudinais foram encontradas taxas de reintervenção variáveis entre 8,5 -58 %.

A cirurgia com redes por via vaginal para correcção do POP surgiu inicialmente pela necessidade de aumentar a durabilidade da reparação efectuada. Efectivamente demonstraram uma menor taxa de recidiva, mas um maior número de complicações (11% comparativamente com 3,7%) com aumento do número de re-intervenções, ainda que uma parte significativa possa ser considerada cirurgia *minor*.

A disparidade de efeitos adversos publicados e a ausência desses em ensaios clínicos e estudos aleatorizados, com alguns tipos de redes e grupos de cirurgiões, sugere que as complicações não são generalizadas e poderão variar de acordo com o tipo de rede e experiência do cirurgião que procede ao implante.

- 2) As redes sintéticas transvaginais oferecem resultados anatómicos superiores à cirurgia com tecido nativo para o tratamento primário

de prolapso do compartimento anterior, no entanto não há evidência científica na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

- 3) Em revisões da literatura científica baseadas em estudos internacionais, foram descritas taxas de complicações associadas à colocação de redes transvaginais sintéticas significativas, variando entre 10 a 15%. Algumas destas complicações podem ser graves e difíceis de solucionar com uma nova cirurgia, podendo comprometer a qualidade da vida da paciente permanentemente.
- 4) Com base nas evidências listadas acima, o tratamento de POP primário uni ou multicompartimental com utilização de redes na ausência de factores de risco específicos de recidiva, deve ser desencorajado.
- 5) O uso de redes sintéticas colocadas por via vaginal num POP primário pode ser apropriado e útil na presença de factores de risco significativos para recidiva: alterações do colagénio, DPOC, obesidade, obstipação crónica grave, hiato genital alargado com avulsão dos músculos elevadores do ânus.
- 6) A correcção com rede do prolapso apical e /ou multicompartimental por via abdominal, tem elevadas taxas de sucesso e menor taxa de complicações relacionadas com redes.
- 7) Na presença do prolapso apical, a correcção com rede por via abdominal/ laparoscópica, oferece elevadas taxas de sucesso e menor taxa de complicações relacionadas com a colocação da rede, no entanto pode não corrigir todos os defeitos compartimentais e posteriormente ser necessária a correcção por via vaginal com ou sem rede. Esta técnica está também associada a maior tempo cirúrgico e recuperação mais prolongada, com todos os riscos de uma cirurgia abdominal / laparoscópica, ausentes na cirurgia vaginal. É obrigatório fornecer à doente um aconselhamento pré-operatório adequado e completo sobre todas as opções possíveis para a correcção do seu POP específico.
- 8) O tratamento do prolapso recorrente representa uma indicação para o uso de redes colocadas por via vaginal. Nestes casos os riscos as-

sociados à colocação da rede devem ser correctamente explicados à paciente, que deve dar o seu consentimento informado.

- 9) As redes devem ser utilizadas por cirurgiões com experiência no tratamento de prolapso complexo e recidivas, que tenham adquirido formação específica para cada dispositivo utilizado, com conhecimento alargado da anatomia pélvica e que demonstrem que dominam todas as técnicas de correcção de POP, assim como o reconhecimento de complicações intraoperatórias e capacidade de resolução das mesmas.
- 10) O tratamento do POP com rede por via vaginal deve ser realizado em centros em que se possa oferecer uma abordagem multidisciplinar com diferentes opções de tratamento. A decisão do tratamento deve ser partilhada com a doente depois de lhe ser bem explicado todas as opções terapêuticas e incluindo nesse esclarecimento a opção de não ser tratada. A doente aceitará os riscos e os benefícios destas abordagens em consentimento informado claro e preciso, já referido.
- 11) O Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR), da União Europeia e a European Urology Association (EAU) recomendam limitar a quantidade de rede em todos os procedimentos, o uso de um consentimento informado específico o mais esclarecedor possível, oferecendo todas as técnicas possíveis para a correcção do seu POP em concreto, o follow-up prolongado destas doentes, o registo das complicações em bases de dados previamente definidas e a implementação de um programa de certificação dos cirurgiões baseado nas directrizes internacionais em cooperação com as associações cirúrgicas europeias.  
Recomenda ainda que as complicações decorrentes destas técnicas sejam resolvidas em centros com experiência neste campo.
- 12) A maioria dos "kits" de redes para tratamento do prolapso fornece fixação apical, pelo que a presença combinada de POP do compartimento anterior e apical e posterior e apical, pode ser resolvido com o uso destes dispositivos. No entanto não há evidên-

cia científica, por falta de estudos aleatorizados, que sustentem a superioridade anatômica do tratamento do POP apical com redes, comparado com a cirurgia transvaginal sem redes.

- 13) As redes por via vaginal só devem ser utilizadas na correção do compartimento posterior, em casos muito seleccionados (Ex: Prolapso Grau IV, com componente apical, recidiva de prolapso, componente de enterocelo Grau IV, em doentes com obstipação crónica considerada grave e que entendam e aceitem os riscos e benefícios da correção do seu POP, por esta via e com estas técnicas). Para a colocação destas redes os cirurgiões devem, reforçando o já acima referido, ter experiência na colocação das mesmas, já que as complicações de colocação de redes entre a vagina e o espaço para rectal se podem revestir de grande complexidade.
- 14) As redes para correção de POP, podem ainda ser consideradas como primeira escolha, nas mulheres que tenham contra-indicação à correção do seu prolapso por via abdominal.
- 15) Os clínicos que se proponham corrigir os POP por via vaginal com estas redes, devem fazê-lo dentro de estudos aleatorizados ou ensaios clínicos e submeter estas doentes a consultas de *follow-up* a longo prazo.
- 16) Incentiva-se todos os cirurgiões/Instituições com experiência nestas técnicas de prolapso a certificarem-se como Centro de Referência para o tratamento das doentes.

A European Urogynaecology Association (EUGA) tem um programa de acreditação de Centros, na Subespecialidade de Uroginecologia, em conjunto com o European Board & College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG).

<https://www.eugaoffice.org/accreditationprogramme>

- 17) Recomenda-se que os Cirurgiões / Instituições, se submetam a auditorias internas, para avaliação dos resultados anuais. Recomenda-se ainda que utilizem a base de dados nacional para registo das suas complicações.

15) Põe-se como hipótese que as redes que utilizamos, nesta era da Uroginecologia, são mais biocompatíveis, mais leves e com maior porosidade que as redes que deram as altas taxas de complicações descritas na literatura. Espera-se que estas redes, sejam mais seguras, melhorando consideravelmente o seu desempenho e segurança.

TIPO DE PROLAPSO	GRAU I/II	GRAU III/IV	RECIDIVA GRAU I/II	RECIDIVA GRAU III	RECIDIVA GRAU IV	PATOLOGIA PULMONAR/ CARDÍACA / OUTRA
POP anterior	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos / correcção com rede por via vaginal	Correcção com rede por via vaginal	Correcção com rede por via vaginal
POP anterior e apical com Útero	Correcção com tecidos nativos	Sacrohisteropexia, Histeropexia por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE** / histerectomia vaginal	Correcção com tecidos nativos	Sacrohisteropexia, Histeropexia por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE* / histerectomia vaginal	Sacrohisteropexia, Histeropexia por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE / histerectomia vaginal	Histeropexia por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE* / histerectomia vaginal
POP anterior e apical sem Útero	Correcção com tecidos nativos	Sacrocolpopexia / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE**	Correcção com tecidos nativos	Sacrocolpopexia / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Sacrocolpopexia / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção por via vaginal, com rede; com fixação ao LSE*

>

### III DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE *SLINGS* / REDES NO TRATAMENTO DA IUE E POP

>

TIPO DE PROLAPSO	GRAU I/II	GRAU III/IV	RECIDIVA GRAU I/II	RECIDIVA GRAU III	RECIDIVA GRAU IV	PATOLOGIA PULMONAR/ CARDÍACA / OUTRA
POP posterior	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos/ correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção com tecidos nativos/ correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*
POP posterior e apical com Útero	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos / hysterectomia vaginal / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE**	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos / hysterectomia vaginal / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção com tecidos nativos / hysterectomia vaginal / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção com tecidos nativos / hysterectomia vaginal / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*
POP posterior e apical sem Útero	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE**	Correcção com tecidos nativos	Correcção com tecidos nativos / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção com tecidos nativos / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*	Correcção com tecidos nativos / Correcção por via vaginal, com rede, com fixação ao LSE*

LSE – Ligamento sacroespínhoso

\* Escolha da doente depois de bem informada, sobre riscos / benefícios.

\*\* Doente com factores de risco de recidiva que entenda os riscos/ benefícios e opte pela técnica

**Tabela 26** – Orientações em cirurgia de correcção de prolapso dos órgãos pélvicos

## Bibliografia:

Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018 Jan;29(1):13-21.

Benson JT, 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.* 1996;175(6):1418-22.

Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.*2008;198(5):551-55.

Glazener CM, Breeman S, Elders A, Hemming C, Cooper KG, Freeman RM, et al; (PROSPECT study group). Mesh, graft, or standard repair for women having primary transvaginal anterior or posterior compartment prolapse surgery: two parallel-group, multicentre, randomised, controlled trials (PROSPECT). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2013 Jun;42(4):334-41. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.03.012. Epub 2013 Apr 2

Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD012079.

Aiste Ugianskiene, G. Willy Davila2, Tsung-Hsien, for the FIGO Urogynecology and Pelvic Floor Committee FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Int J Gynecol Obstet* 2019; 1-9

Baeflter K et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. *Geburtsh Frauenheilk* 2016; 76: 1287-1301.

Lucot JP, et al; GROG (groupe de recherche en gynécologie et obstétrique). PROSPERE randomized controlled trial: laparoscopic sacropexy versus vaginal mesh for cystocele POP repair. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2013 Jun; 42(4):334-41. doi:10.1016/j.jgyn.2013.03.012. Epub 2013 Apr 22

Siddiqui NY, Grimes CL, Casiano ER, et al. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2015;125:44-5

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR). Final opinion on the safety of surgical meshes used in urogynecological surgery 2015. [http://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/emerging/docs/scenihr\\_o\\_049.pdf](http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenihr_o_049.pdf). [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_foodsafety/dyna/enews/enews.cfm?al\\_id=1656](http://ec.europa.eu/dgs/health_foodsafety/dyna/enews/enews.cfm?al_id=1656)

Chapple CR, Cruz F, Deffieux X, et al. Consensus statement of the European Urology Association and the European Urogynecological Association on the use of the implan-

### III DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE O USO DE *SLINGS* / REDES NO TRATAMENTO DA IUE E POP

ted materials for treating pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Eur Urol* 2017;72:424-31.

Emil Nüssler & Gabriel Granåsen & Emil Karl Nüssler & Marie Bixo & Mats Löfgren  
Repair of recurrent rectocele with posterior colporrhaphy or non-absorbable polypropylene mesh—patient-reported outcomes at 1-year follow-up. *International Urogynecology Journal* 2019; 30:1679–687

Patel H, Ostergard DR, Sternschuss G. Polypropylene mesh and the host response. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23(6):669–79

Conze J, Rosch R, Klinge U, Weiss C, Anurov M, Titkova S, et al. Polypropylene in the intraabdominal position: influence of pore size and surface area. *Hernia* 2004;8(4):365–72

Greca FH, De Paula JB, Biondo-Simões MLP, Da Costa FD, Da Silva APG, Tíme S, Mansur A. The influence of differing pore sizes on the biocompatibility of two polypropylene meshes in the repair of abdominal defects: experimental study in dogs. *Hernia* 2001;5(2):59–64

Greca FH, Souza-Filho ZA, Giovanini A, Rubin MR, Kuenzer RF, Reese FB, Araujo LM. The influence of porosity on the integration histology of two polypropylene meshes for the treatment of abdominal wall defects in dogs. *Hernia* 2008;12(1):45–9

Klinge U, Klosterhalfen B, Birkenhauer V, Junge K, Conze J, Schumpelick V. Impact of polymer pore size on the interface scar formation in a rat model. *J Surg Res* 2002;103(2):208–14.

Gil Levy et al. Anchorless implant for the treatment of advanced anterior and apical vaginal prolapse – Medium term follow up. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 246 (2020) 55–59

Paulo César Rodrigues Palma et al. Treatment of Anterior Vaginal Wall Prolapse Using Transvaginal Anterior Mesh With Apical Fixation: A Prospective Multicenter Study With up to 2 Years of Follow-up. *Int Neurourol J* 2018;22(3):177-84.

# IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

## 1 – COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE IU COM *SLINGS* SUBURETRAIS E SUA RESOLUÇÃO

COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS	COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS TARDIAS
Hemorragia	Retenção urinária	Fístula
Lesão iatrogénica vesical e uretral	Disfunção no esvaziamento	IUE persistente
Lesão iatrogénica ureteral	Infecção	Erosão e extrusão
Lesão iatrogénica intestinal	Lesão nervosa	Dispareunia
		Disfunção crónica de esvaziamento
		Obstrução iatrogénica crónica

### Introdução

Este capítulo focar-se-á nas complicações das abordagens cirúrgicas mais frequentes para tratamento da IUE, nomeadamente *slings* pubouretrais e *slings* colocados a nível da uretra média.

### Considerações pré-operatórias

Para além da avaliação standard de uma doente com IUE é necessário ter em conta todas as comorbilidades que podem aumentar a taxa de complicações e diminuir o sucesso cirúrgico. Apesar destas cirurgias serem consideradas minimamente invasivas, ainda existe um significativo risco de complicações, particularmente nas doentes mais idosas.

> Complicações intra-operatórias

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<b>HEMORRAGIA</b>	<p>Pouco frequente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Artéria ilíaca</li> <li>&gt; Veia femural</li> <li>&gt; Artéria e veia obturadora</li> <li>&gt; Vasos epigástricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Suspensão de antagonistas da vit K, antiagregantes plaquetários, anticoagulantes (substituição dos 2 primeiros por heparina de baixo peso molecular)</li> <li>&gt; Rápida colocação da prótese e encerramento da vagina</li> <li>&gt; Tamponamento vaginal</li> <li>&gt; Sonda de <i>Folley</i> com tracção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Transfusão</li> <li>&gt; Embolização</li> <li>&gt; Exploração aberta</li> </ul>
<b>LESÃO IATROGÉNICA VESICAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 3-8%</li> <li>&gt; Mais frequente na correcção simultânea de POP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Detectadas intraoperatoriamente ou por cistoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Corrigidas, com várias camadas de suturas absorvíveis</li> <li>&gt; Pode prosseguir a colocação de <i>sling</i></li> <li>&gt; Algaliação obrigatória 48-72 h</li> </ul>
<b>LESÃO IATROGÉNICA URETRAL / COLO VESICAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 3-8%</li> <li>&gt; Menos frequente com <i>slings</i> colocados por via transobturadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Detectadas intraoperatoriamente ou por cistoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Corrigidas com várias camadas de suturas absorvíveis</li> <li>&gt; Algaliação 5-7 dias</li> <li>&gt; Contraíndicada a colocação de <i>sling</i>: potencia erosão para a uretra</li> <li>&gt; Extremamente raro: abordagem retropúbica com interposição de tecidos</li> </ul>

>

>

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
LESÃO IATROGÉNICA URETERAL	> Extremamente rara por via vaginal (Por via laparoscópica: 4-11%)	> Cistoscopia intraoperatória com Indigo Carmim EV ou Azul de Metileno para determinar fluxo de ambos os ureteres	> Passagem de <i>stents</i> para assegurar continuidade ou aliviar distorções > Remoção de <i>sling</i> ou suturas
	> Não detectadas precocemente: febre, dor lombar ou flanco, drenagem através das suturas	> Urografia > Pielografia retrógrada > Uro TAC	> Colocação retrógrada de <i>stent</i> > Nefrostomia > Cirurgia abdominal aberta com reimplantação
LESÃO IATROGÉNICA INTESTINAL	> Entre os desfechos fatais 1% ocorreram com TVT > Mais frequente em mulheres com múltiplas cirurgias abdominais	> Detectada intraoperatoriamente	> Correção sem necessidade de colostomia se não houver contaminação do peritoneu
		> Não detectadas: > Dor abdominal severa > Sinais de irritação peritoneal > Fezes ou pus na cicatriz dos <i>trocars</i>	> Abordagem abdominal imediata com recurso a colostomia – evita desfecho fatal

> Complicações no pós-operatório imediato

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<b>RETENÇÃO URINÁRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 9%</li> <li>&gt; Geralmente transitória por edema do colo vesical e/ou uretra</li> <li>&gt; Prolongada</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Dilatação e abaixamento da fita com vela de Hegar, introduzida para além do colo vesical</li> <li>&gt; Secção ou exérese do <i>sling</i></li> <li>&gt; Cateterização intermitente (não ideal)</li> <li>&gt; Colocação de cateter supra-púbico</li> </ul>
<b>DISFUNÇÃO NO ESVAZIAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sintomas irritativos: frequência, urgência, e IUU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mais frequente em doentes com IUM</li> <li>&gt; Devem ser informadas da possibilidade de agravamento dos sintomas de OAB-S.</li> <li>&gt; Também ocorrem de novo em doentes com IUE pura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Sintomas transitórios: desaparecem entre 6-8 semanas</li> <li>&gt; Terapêutica médica</li> <li>&gt; Intervenção cirúrgica: secção do <i>sling</i>, Uretrólise</li> </ul>
<b>INFECCÃO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Profilaxia recomendada: cefazolina ou aminoglicosídeo + clindamicina / metronidazol, 24h</li> </ul>	

>

>

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
INFECCÃO (CONTINUAÇÃO)	> ITU – 4-11%	> ITU'S de repetição: > Estudo do esvaziamento, com medida de RPM > Cistoscopia: exclusão de corpos estranhos, cálculos ou outras patologias vesicais ocultas	> Antibioterapia conforme capítulo de complicações de POP
	> Infecção do músculo obturador		> Refractárias a terapêutica conservadora com antibioterapia > Exploração e remoção do <i>sling</i> do espaço obturador
	> Fasceíte necrotizante – muito rara	> Em pacientes com comorbidades: diabetes, obesidade, imunossuprimidas, submetidas a radioterapia pélvica, reoperadas	> Capítulo de complicações de POP
LESÃO NERVOSA	> Lesão no posicionamento: Lesão dos nervos peroneal, femoral	> Usar perneiras de Allen ( <i>styrups</i> )	> Terapêutica conservadora ou fisioterapia > Consulta de dor
	> Lesão iatrogênica do nervo íleo-inguinal (passagem supra-púbica)	> Irradia para face interna da coxa	> Terapêutica conservadora ou fisioterapia > Consulta de dor
	> Dissecção vaginal – pode lesar a inervação vaginal e do colo vesical		> Disfunções urinárias e dispareunia (resultante de lesão nervosa – teoria em investigação)
	> Lesão ou inflamação do nervo obturador	> Dor a nível da coxa ou inguinal	> Normalmente transitória

>

> Complicações pós-operatórias tardias

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
FÍSTULA	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Por lesão intraoperatória vesical, uretral ou do colo vesical</li> <li>&gt; Erosão do material para estas estruturas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Cistoscopia intraoperatória, evita lesão que leva à formação de fístula.</li> <li>&gt; Instalação de Azul de Metileno ou cistografia para delinear a extensão da fístula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Pequenas lesões podem resolver com cateterização prolongada</li> <li>&gt; Maior parte necessita de intervenção cirúrgica: exérese de fístula por via vaginal / abdominal, com interposição de tecido</li> </ul>
IUE PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Incorrecta colocação do <i>sling</i></li> <li>&gt; Ruptura / desgarramento do material do <i>sling</i></li> <li>&gt; Dificuldades relacionadas com 1º procedimento (em caso de recidiva)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; EUD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Método primário de correcção, pode ser utilizado na maior parte dos casos</li> </ul>
EROSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 2-4%</li> <li>&gt; Aumenta em doentes com comorbilidades</li> <li>&gt; Normalmente no 1º ano</li> <li>&gt; Leucorreia purulenta</li> <li>&gt; ITU'S de repetição</li> <li>&gt; Sintomas de esvaziamento irritativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Erosão vaginal – diagnosticável por palpação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Pequenas erosões – estrogéneos tópicos.</li> <li>&gt; Remoção da rede exposta e do tecido circundante e ressutura sem tensão</li> </ul>

>

>

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<b>EROSÃO</b> (CONTINUAÇÃO)		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Erosão uretral ou vesical: a doente apresenta microhematúria, estearase leucocitária e nitritos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Casos selecionados                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– exérese endoscópica do material, ablação com LASER de holmium</li> </ul> </li> <li>&gt; Abordagem transvaginal ou retropúbica para remoção do material, com reparação da uretra ou bexiga</li> <li>&gt; Quando há perda ou fragilidade de tecido, interposição de retalhos de Martius ou de omento</li> <li>&gt; Casos extremos: derivação urinária</li> </ul>
<b>EXTRUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 2%</li> <li>&gt; Exposição acima do epitélio vaginal</li> <li>&gt; Infecção subclínica</li> <li>&gt; Cicatrização deficiente</li> <li>&gt; Desvascularização</li> <li>&gt; Trauma por relações sexuais antes da cicatrização</li> <li>&gt; Rejeição do material ou resposta imune que altera a incorporação do material</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Remoção da rede extrusada e ressutura sem tensão</li> </ul>

>

#### IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

>

	INCIDÊNCIA / QUADRO CLÍNICO	PREVENÇÃO / DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<b>DISPAREUNIA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Estudos necessários – resultados contraditórios</li> <li>&gt; Melhoria na qualidade de vida sexual – trata possível perda durante as relações</li> <li>Uso de material sintético e possível deservação – não muito frequente</li> </ul>	
<b>DISFUNÇÃO CRÓNICA NO ESVAZIAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 15% de incidência de urgência urinária de novo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Não diagnóstico prévio de OAB-S</li> <li>&gt; Obstipação</li> <li>&gt; Dissecção do colo vesical</li> <li>&gt; Parede vesical fina</li> <li>&gt; Idade avançada</li> <li>&gt; Presença de obstrução pós-operatória</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Após exclusão de obstrução e extrusão:</li> <li>&gt; Anticolinérgicos</li> <li>&gt; Beta-3-agonistas</li> <li>&gt; Toxina botulínica</li> <li>&gt; Neuromodulação sagrada</li> </ul>
<b>OBSTRUÇÃO IATROGÉNICA CRÓNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; TVT – 2-9%</li> <li>&gt; Slings autólogos – 2-12%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <i>Cutt-off</i>: Pdet ao Q max <math>\geq</math> 20 cm H<sub>2</sub>O e Q max <math>&lt;</math> 15 ml/s ou Pdet ao Q max <math>&gt;</math> 25 cm H<sub>2</sub>O e Qmax <math>&lt;</math> 11 ml/s</li> <li>&gt; Aumenta nas mulheres que nos EUD demonstraram hipoactividade do detrusor</li> <li>&gt; Cistoscopia e EUD / videourodinâmica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Não existem valores urodinâmicos que prevejam que a correcção cirúrgica da obstrução vai resultar</li> <li>&gt; Uretrólise por via vaginal ou supra-púbica: melhoria em 70-80% dos casos</li> </ul>

## 2 – COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE POP E SUA RESOLUÇÃO

### Prevenção das complicações

O melhor tratamento para qualquer complicação é a prevenção.

No momento presente não existe consenso / dados sobre a quantidade de rede que pode / deve ser implantada na correcção do POP, quando deve ser utilizada ou se o benefício do reforço ultrapassa os riscos a longo prazo. Para obviar a diminuição de complicações é necessário adoptar uma técnica cirúrgica adequada, com boa hemostase, dissecação no plano avascular correcto e fixação às estruturas correctas.

### Complicações

#### > Erosão e extrusão

É a complicação mais comum e a sua incidência pode atingir os 10%. O grau de morbidade varia de caso para caso.

EROSÃO /EXTRUSÃO			
<b>Assintomática</b>	Atitude conservadora Estrogéneos tópicos		
<b>Pequenas erosões/ extrusões</b>	Exérese parcial de rede exposta e tecido inflamatório circundante		
<b>Defeitos cirúrgicos grandes ou infecção</b>	> Hemorragia > Descarga vaginal espontânea > Dispareunia > Queixas masculinas no coito > Síndromas dolorosos	Excisão completa da rede exposta com dissecação do espaço para rectal e até à membrana obturadora  Avaliação dos órgãos adjacentes: Cistoscopia e rectosigmoidoscopia	Equipa multidisciplinar
		<b>Grande área da vagina excisada em doente sexualmente activa</b>	Retalhos de pele Flaps vaginais Biomateriais <i>non crossed-linked</i>
		<b>Em doente não sexualmente activa</b>	Colpocleisis

> **Granulomas**

GRANULOMAS SOBRE A CICATRIZ		
> Hemorragia pós-coital ou pós esforços realizados	Se não houver material envolvido	Excisão em consultório Aplicação de nitrato de prata
	Sutura não reabsorvida Algum elemento da rede	Excisados na totalidade em Bloco Operatório

> **Seroma**

O seroma é normalmente uma complicação tardia e de evolução insidiosa. Pode ser encontrado tanto com implantes xenográficos como alográficos, que não são incorporados nos tecidos da paciente.

SEROMA		
> Protusão vaginal	Diagnóstico por TAC – limites anatómicos da colecção de fluido	Incisão e drenagem
> Sintomas de pressão rectal ou vesical		Remoção do material exógeno presente na cavidade
> Dispareunia		

> **Abcesso**

É normalmente uma complicação precoce, no entanto pode ocorrer meses ou anos após a cirurgia inicial.

ABCESSO		
> Dor	Atitude conservadora inadequada	Incisão, drenagem e excisão total do material exógeno
> Drenagem espontânea intermitente de pus		Incisão deixada aberta – cicatrização por segunda intenção
> Febre		Cultura do pus e da rede – tratamento antibiótico dirigido

**> Rejeição subaguda**

Ocorre em 1-2 % dos casos e pode acontecer entre 1 e 10 anos após o implante da rede. A origem deste problema está em debate e inclui rejeição imunológica ou uma rejeição crónica muito localizada em volta de uma porção da rede, que vai dissecando lentamente os tecidos.

REJEIÇÃO SUBAGUDA		
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Leucorreia constante</b></li> <li>&gt; <b>Cheiro fétido</b></li> <li>&gt; <b>Usualmente não está acompanhada de dor e/ou febre</b></li> </ul>	<p>Difícil encontrar orifício por onde a descarga ocorre</p> <p>Pequena tumefacção vaginal que quando pressionada, aumenta a descarga</p>	<p>Colpotomia vertical</p> <p>Drenagem de fluido – amicrobiano</p> <p>Exérese de rede, com dissecção roma e tracção</p> <p>Encerramento imediato ou num segundo tempo</p> <p>Normalmente o POP não recidiva – reacção fibrótica pré-existente</p>

**> Contracção da cicatriz**

Complicação tardia frequente das redes com múltiplos braços, e que pode estreitar o calibre da vagina e provocar dor e dispareunia.

CONTRACÇÃO DA CICATRIZ			
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Estreita calibre da vagina</b></li> <li>&gt; <b>Dor</b></li> <li>&gt; <b>Dispareunia</b></li> </ul>	<p>Resolução cirúrgica com remoção parcial ou total da rede</p>	<p>Plastias em Z</p> <p><i>Flaps</i> vaginais</p> <p>Implante de material biológico <i>non crossed-linked</i> ou pele</p>	<p>Restaurar a profundidade, eixo e calibre vaginal</p>
<p>Alívio da cicatriz – incisão e relaxamento da rede</p>			

## IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

### > Dor

Uma das complicações mais difíceis de resolver. Estes quadros dolorosos podem aparecer imediatamente após a cirurgia.

DOR			
> <b>Aprisionamento com compromisso dos nervos</b>	Pudendo e ciático	Remoção da rede e das suturas Abordagem laparoscópica para desencarceramento do nervo Estimulação do nervo tibial posterior Neuromodulação (NE3, GR C) Bloqueio do nervo pudendo, guiada por TAC (NE3, GR C)	Consulta de dor
> <b>Dor miofascial</b>	Elevadores do ânus Glúteos		<i>Patches</i> de Capsaicina a 8% / Lidocaína a 5% (NE1a, GR A) Consulta de dor
> <b>Espasmos do pavimento pélvico</b> > <b>Fibromialgia</b> > <b>Cistite intersticial</b>	Podem estar mascaradas e ser exacerbadas pela colocação da rede		> Consulta de dor
> <b>Dor após contracção da cicatriz</b>	Remoção da cicatriz e do material subjacente		

### > Fístula

Pode ocorrer precocemente ou tardiamente.

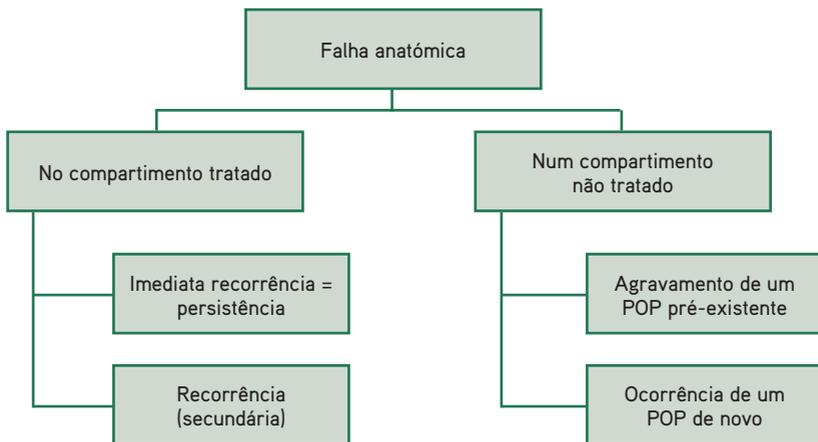
FÍSTULA			
> <b>Sintomas directamente relacionados com o órgão para o qual fistuliza</b>	Sem dor Normalmente acompanhada de abscesso	Cistoscopia Anuscopia Laparoscopia/ Laparotomia	Resolução cirúrgica com remoção total da rede Encerramento da fístula Diversões intestinais Procedimento em etapas

### > Recorrência de prolapso

Classificação baseada nas guidelines do ICS

- > Ótimo resultado anatómico – estadio 0
- > Resultado anatómico satisfatório (melhoria) – estadio I
- > Resultado anatómico não satisfatório (persistência, recorrência ou falha) estadio II ou superior, ou não alteração / agravamento do estadio pré-operatório

Esta classificação não contempla outros tipos de complicações nomeadamente a descompensação do compartimento não tratado.



Existe pouca informação sobre o tempo de recorrência, mas apenas uma minoria exige cirurgia antes dos 2 meses subsequentes.

A recorrência no geral estima-se que ronde os 15,9% e a descompensação 17,6%.

A taxa de recorrência parece estabilizar ao fim de um ano.

#### IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

RECIDIVA	
Rede Pequena	Encontrar margens da rede e resutura a tecidos mais distais do POP /fáscia
Retracção	Remoção da totalidade da rede – colocação de nova rede Remoção parcial – fixação de nova rede a pontos que não foram removidos
Pós sacrocolpopexia – compartimento posterior	Correcção clássica Correcção com rede
Pós histeropexia	Histerectomia vaginal

#### > Infecção pós-operatória em cirurgia reconstrutiva pélvica

Na cirurgia pélvica reconstrutiva existem múltiplas localizações onde pode desenvolver-se infecção pós-operatória. A colocação de redes constitui um factor de risco acrescido para o seu aparecimento. A infecção é precedida de contaminação e qualquer cirurgia vaginal é realizada num campo contaminado. Contaminação não significa infecção: depende das defesas do hospedeiro, do trauma tecidual e o número de bactérias presentes na vagina.

INFECÇÃO PÓS-OPERATÓRIA			
Quadro clínico e exames complementares	Temperatura elevada Taquicardia Leucocitose	Contagem de leucócitos e neutrófilos	
		Ionograma Creatinina sérica Ureia	Função renal para adequar escolha de antibiótico
		Glicemia (>200)	Aumenta possibilidade de infecção
		Ecografia /TAC	Delimitar e diagnosticar hematoma / abscesso / celulite
		Hemocultura	Identificação do agente infeccioso (s)

<p>INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA RECONSTRUTIVA PÉLVICA</p>	<p>TRATAMENTO</p>	<p>INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA PÉLVICA MAS DISTANTES DO LOCAL CIRÚRGICO</p>	<p>TRATAMENTO</p>
<p><b>Celulite</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Piperacilina/ Tazobactam (3,37g EV de 6/6h)</li> <li>&gt; Ertapenem (1g EV de 24/24h)</li> <li>&gt; Ampicilina (2g EV de 6/6h) + Gentamicina (5mg/ Kg EV de 24/24h) + Clindamicina (900 mg EV de 8/8h) ou Metronidazol (500 mg EV de 8 /8h)</li> </ul>	<p><b>Infecção urinária: cistite</b></p> <p><b>Pielonefrite</b> <u>Não requerendo hospitalização</u></p>	<p>Dependente de antibioterapia prévia e demonstração de resistências</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Nitrofurantoína 100mg PO, de 12/12h, 7 dias</li> <li>&gt; Trimetopim/ sulfometoxazol 160/800 PO, de 12/12 h, 3 dias</li> <li>&gt; Fosfomicina 3g, dose única</li> <li>&gt; Pivmecilam 400mg PO, de 12/12h, 3-7 dias</li> <li>&gt; Fluoroquinolonas, dose varia, 3 dias</li> </ul> <p><b>Colheita prévia para Urocultura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ciprofloxacina 500 mg PO, de 12 /12h, 7 dias (em áreas onde a resistências &gt;10%, 1 dose de Ceftriaxone EV, ou 1 dose de consolidação com aminoglicosídeo – Gentamicina, 5-7 mg /Kg)</li> <li>&gt; Levofloxacina 750 mg PO, de 24/24h, 5 dias (em áreas onde a resistências &gt;10%, 1 dose de Ceftriaxone EV ou 1 dose de consolidação com aminoglicosídeo – Gentamicina, 5-7 mg /Kg)</li> </ul>



#### IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

>

<b>INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA RECONSTRUTIVA PÉLVICA</b>	<b>TRATAMENTO</b>	<b>INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA PÉLVICA MAS DISTANTES DO LOCAL CIRÚRGICO</b>	<b>TRATAMENTO</b>
<b>Celulite (Continuação)</b>		<b>Pielonefrite</b> <u>Requerendo</u> <u>Hospitalização</u>	<b>Colheita prévia para Urocultura</b> > Fluoroquinolonas EV, dose varia, 7 dias > Aminoglicosídeos (Gentamicina, 5-7 mg /Kg) com ou sem Ampicilina 500 mg de 6/6h), 7 dias > Cefalosporina de largo espectro (Ex: Ceftriaxone EV 1-2 g, de 24/24h), 7 dias > Carbapenem 500mg EV, de 8/8 h, 10 dias
<b>Abcesso</b>	<b>Drenagem em Bloco Operatório e permanência de dreno de vácuo</b> <b>Remoção da rede</b> > Piperacilina/Tazobactam (3,37g EV de 6/6h) > Ertapenem (1g EV de 24/24h) > Ampicilina (2g EV de 6/6h) + Gentamicina (5mg/Kg Ev de 24/24h) + Clindamicina (900 mg EV de 8/8h) ou Metronidazol (500 mg EV de 8 /8h)	<b>Bacteriémia</b>	> Tratamento empírico > Terapêutica antimicrobiana com actividade contra S. aureus metilicilina (MRSA) – resistente, até resultados de hemocultura estarem disponíveis. > Vancomicina (15 a 20mg/kg EV de 8/8h, não excedendo 2g/dose) > Se os resultados mostrarem S. aureus metilicilina-sensível (MSSA) pode-se alterar para: > Beta-lactâmico ou cefalosporina (cefazolina)

>

&gt;

INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA RECONSTRUTIVA PÉLVICA	TRATAMENTO	INFECÇÕES ASSOCIADAS COM CIRURGIA PÉLVICA MAS DISTANTES DO LOCAL CIRÚRGICO	TRATAMENTO
<b>Biofilme na rede</b>	<b>Remoção da rede e tecido necrótico</b> > Ampicilina (2g EV de 6/6h) + Gentamicina (5mg/Kg Ev de 24/24h) + Clindamicina (900 mg EV de 8/8h) ou Metronidazol (500 mg EV de 8 /8h)	<b>Pneumonia</b>	> Apoio multidisciplinar
<b>Fasceíte necrotizante</b>	<b>Desbridamento cirúrgico</b> <b>Recolha de amostras para exame bacteriológico</b> > Vancomicina (15 a 20mg/Kg EV de 8/8h, não excedendo 2 g /dose) > Linezolide 600 mg EV de 12/12 h (intolerância à vancomicina)	<b>Sépsis Choque séptico</b>	> Unidade de Cuidados Intensivos

## IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA	
Piperacilina + Tazobactam	1ª linha
Ampicilina + Gentamicina+ Clindamicina	Menos eficaz por menor acção sobre E. Coli Não fornecem cobertura para Enterococos ou Estafilococos meticilina resistentes
A profilaxia com cefazolina pré-operatória numa única dose	Potencia a colonização em seis vezes mais, de Enterococos faecalis
Levofloxacina, Ciprofloxacina, Aztreonam	Alternativas aos aminoglicosídeos, mas que não promovem sinergias com as penicilinas
Cefalosporinas+ Clindamicina / Metronidazol	Não fornecem cobertura para Enterococos ou Estafilococos meticilina resistentes

### > Perfuração / complicações rectais na cirurgia com redes

Raras, mas com grande morbidade. A colocação de redes para correcção do POP posterior é controversa.

PERFURAÇÃO / COMPLICAÇÕES RECTAIS		
> Disfunção defecatória	Existente antes da cirurgia	Não expectável que melhorem – persistem depois da cirurgia
	Sintomas defecatórios	Não se correlacionam com resultados anatómicos
> Sintomas de obstrução defecatória	Raramente ocorrem após colocação de implante	Redes fixadas ao sacroespínho com tensão – obstrução parcial
> Erosão	Mais comum com redes multifilamentares e má técnica	Ressecções intestinais Equipa multidisciplinar

### > Perfuração Vesical / Complicações Urinárias na cirurgia com redes

Ver capítulo das complicações da cirurgia por IU.

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES – CONCLUSÕES	NE	GR
As pacientes devem ser avisadas que os procedimentos com redes para tratamento do POP são técnicas relativamente recentes que têm altas taxas de sucesso anatómico, mas em séries relativamente pequenas e não controladas.	2b	B
Devem ser informadas do relativo sucesso até que evidência mais elevada seja publicada.	2b	B
Treino específico é requerido para que estas técnicas possam ser utilizadas.	3	C
As pacientes devem ser cuidadosamente informadas, pré-operatoriamente, sobre as possíveis graves sequelas das redes por via vaginal, erosão, dor e dispareunia e sobre os dados limitados comparando redes por via vaginal com correções tradicionais de POP e sacrocolpexia.	3	C
Até que sejam apresentados resultados credíveis, os novos kits já pré-desenhados devem ser considerados investigacionais.	3	C

### > Recomendações para gestão de complicações

EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES – CONCLUSÕES	NE	GR
Na consulta as pacientes fumadoras devem ser informadas sobre o aumento de risco de erosão depois de planeada uma cirurgia com redes. O médico deve aconselhar as doentes a deixarem de fumar.	3	B
Um tratamento inicial para a erosão consiste na aplicação de estriol ou estradiol. Se a doente não responder, a excisão local deve ser efectuada e o encerramento da vagina deve ser executado sem tensão.	3	B
A excisão completa da rede, particularmente se multifilamentar, deve ser proposta em pacientes com infecção crónica da rede ou abscessos recorrentes.	3	B
Devido à alta taxa de complicações as redes multifilamentares não devem ser utilizadas na correção de POP.	3	B
Se os braços da rede forem identificados como a sede da dor crónica, deve considerar-se a sua excisão parcial ou completa ou a secção dos braços da parte central da rede.	3	O
Colocação da rede anterior pode ser possível após lesão iatrogénica da bexiga durante o procedimento, se a bexiga for encerrada correctamente intra-operatoriamente. No entanto, se houver lesão iatrogénica do recto, a colocação de rede deve ser evitada.	4	O

### Bibliografia

AUA Guidelines Panel. Best practice policy for stress urinary incontinence surgery. *J Urol* 2009; in press.

Zilbert AW, Farrell SA. External iliac artery laceration during tensionfree vaginal tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:141-143.

Douketis JD, Berger PB, Dunn AS et al. The perioperative management of antithrombotic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition). *Chest* 2008;133:299S-339S.

Muir TW, Tulikangas PK, Fidela Paraiso M, Walters MD. The relationship of tension-free vaginal tape insertion and the vascular anatomy. *Obstet Gynecol* 2003;101:933 -936.

Katske FA, Raz S. Use of Foley catheter to obtain transvaginal tamponade. *Urology* 1983 Jun; 21(6):627.

Zorn KC, Daigle S, Belzile F, Tu Le M. Embolization of a massive retropubic hemorrhage following a tension-free vaginal tape (TVT) procedure: case report and literature review. *Can J Urol* 2005;12:2560-2563.

Huckabay C, Nitti VW. Complications of incontinence procedures in women. In: Raz S, Rodriguiz L, eds. *Female Urology*. Philadelphia, PA: Saunders 2008:486-502.

Nygaard IE, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004;104:607-620.

Peyrat L, Boutin JM, Bruyere F et al. Intestinal perforation as a complication of tension-free vaginal tape procedure for urinary incontinence. *Eur Urol* 2001;39:603-605.

Johnson DW, El Hajj M, O'Brien-Best EL, Miller HJ, Fine PM. Necrotizing fasciitis after tension-free vaginal tape (TVT) placement. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:291-293.

Wolter CE, Starkman JS, Scarpero HM, Dmochowski RR. Removal of transobturator midurethral sling for refractory thigh pain. *Urology* 2008;72:461e1-3.

Lemack GE, Zimmern PE. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Urology* 2000;56:223-227.

Haase P, Skibsted L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:659-661.

Baessler K, Maher CF. Mesh augmentation during pelvic-floor reconstructive surgery: risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18:560-566.

Bagley DH, Schultz E, Conlin MJ. Laser division of intraluminal sutures. *J Endourol* 1998;12:355-357.

Wilmot CC, Galloway MTM. Late complications of female continence surgery. AUA Update Series 2007;26:Lesson 16.

Chassagne S, Bernier PA, Haab F et al. Proposed cutoff values to define bladder outlet obstruction in women. Urology 1998;51:408-411.

Lemack GE, Zimmern PE. Pressure-flow analysis may aid in identifying women with outflow obstruction. J Urol 2000;163:1823-1828.

Dietz HP, Haylen BT, Vancaillie TG. Female pelvic organ prolapse and voiding dysfunction. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2002;13:282-288.

K. Baeßler et al Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG. Geburtsh Frauenheilk 2016;76:1287-1301.

Peter von Theobald, Carl W. Zimmerman, G. Willy Davila 2011. New Techniques in Genital Prolapse Surgery. Springer-Verlag London Limited 2011.

Jacquetin B. Complications of vaginal supportive implants for prolapse surgery. New complications, new symptomatology, prevention and treatment. Pelviperineology. 2009;28:10-13.

Jacquetin B, Cosson M. Complications of vaginal mesh: our experience. Int Urogynecol J 2009;20:893-896.

Reid R. Local and distant flaps in the reconstruction of vulvar deformities. Am J Obstet Gynecol 1997;177:1372-1384.

Karp D, Apostolis C, Lefevre R, Davila GW. Atypical graft infection presenting as a remote draining sinus. Obstet Gynecol 2009;114:443-445.

Bump RC, Mattiasson A, Bø K et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175(1):10-17.

Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L et al. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. Obstet Gynecol 2004;104(4):805-823.

Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. Eur Urol 2009;55:1089-1105.

Jia X, Glazener C, Mowatt G et al. Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systematic review and meta-analysis. BJOG 2008;115(11):1350-1361.

Sand PK, Koduri S, Lobel RW et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. Am J Obstet Gynecol 2001;184(7):1357-1362.

#### IV COMPLICAÇÕES E RESOLUÇÃO

Paraiso MF, Barber MD, Muir TW, Walters MD. Rectocele repair: a randomized trial of three surgical techniques including graft augmentation. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1762-1771.

Caquant F, Collinet P, Debodinance P et al. Safety of trans vaginal mesh procedure: retrospective study of 684 patients. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34(4):449-456.

Velemir L, Fatton B, Amblard J, Savary D, Jacquetin B. Ultrasonographic assessment of polypropylene implants after transvaginal repair of cystocele and/or rectocele with the Prolift kit. *Int Urogynecol J* 2008;19(suppl 1):S66

Feiner B, Jelovsek JE, Maher C. Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG* 2009;116(1):15-24.

Bako A, Dhar R. Review of synthetic mesh-related complications in pelvic floor reconstructive surgery. *Int Urogynecol J* 2009;20:103-111.

Boulanger L, Boukerrou M, Rubod C et al. Bacteriological analysis of meshes removed for complications after surgical management of urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*.2008;19:827-831.

Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Short-course nitrofurantoin for the treatment of acute uncomplicated cystitis in women. *Arch Intern Med* 2007;167:2207-2212.

Iravani A, Klimberg I, Briefer C, Munera C, Kowalsky SF, Echols RM. A trial comparing low-dose, short-course ciprofloxacin and standard 7 day therapy with co-trimoxazole or nitrofurantoin in the treatment of uncomplicated urinary tract infection. *J Antimicrob Chemother* 1999;43(Suppl A):67-75.

Peterson J, Kaul S, Khashab M, Fisher AC, Kahn JB. A double-blind, randomized comparison of levofloxacin 750 mg once-daily for five days with ciprofloxacin 400/500 mg twice-daily for 10 days for the treatment of complicated urinary tract infections and acute pyelonephritis. *Urology* 2008;71:17-22.

Talan DA, Klimberg IW, Nicolle LE, Song J, Kowalsky SF, Church DA. Once daily, extended release ciprofloxacin for complicated urinary tract infections and acute uncomplicated pyelonephritis. *J Urol* 2004;171:734-739.

Sanchez M, Collivent B, Miro O et al. Short-term effectiveness of ceftriaxone single dose in the initial treatment of acute uncomplicated pyelonephritis in women: a randomised controlled trial. *Emerg Med J* 2002;19:19-22.

Czaja CA, Scholes D, Hooton TM, Stamm WE. Population-based epidemiologic analysis of acute pyelonephritis. *Clin Infect Dis* 2007;45:273-280.

Cundiff GW, Fenner D. Evaluation and treatment of women with rectocele: focus on associated defecatory and sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*. 2004;104:1403-1421.

Gustilo-Ashby AM, Paraiso MFR, Jelovsek JE et al. Bowel symptoms 1 year after surgery for prolapse: Further analysis of a randomized trial of rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197: 76E1-76.e5.

Ellerkman JR, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1332-1338.

Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair: a ten year experience. *Dis Colon Rectum* 2001 June; 44(6):857-863.

Kenton KS, Woods MP, Brubaker L. Uncomplicated erosion of polytetrafluoroethylene grafts into the rectum. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:233-234.



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO COM SLING SUB URETRAL

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) (perda de urina com tosse, espirro, riso, pegar em pesos, correr, saltar) ou Mista (IUM) (perda de urina com os esforços anteriormente referidos e com vontades súbitas e inadiáveis de urinar, que a doente não consegue inibir, levando a perdas em pequena quantidade ou à perda da totalidade de urina contida na bexiga), não sendo uma doença que ameaça a vida, não é perigosa mas sim incómoda e angustiante pelas limitações que pode produzir. Estes dois tipos de incontinência hoje em dia tratam-se com cirurgias minimamente invasivas e que em alguns casos podem ser efectuadas em regime de ambulatorio. Como todas as cirurgias não é isenta de riscos. Quando se trata de IUM a urgência não fica tratada pela cirurgia, podendo melhorar, piorar ou permanecer igual, sem que se possa prever qual o resultado para cada doente.

- 1 – Através deste procedimento pretende-se a correcção ou melhoria da IUE.
- 2 – O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia geral ou loco-regional.
- 3 – Esta técnica efectuada por via vaginal, com uma incisão de cerca de 1 cm e introdução de uma rede com 1 cm de largura visa restaurar o suporte da uretra que ficou danificado, pelos partos, menopausa, idade avançada, deficiente colagénio, doenças degenerativas, entre outros.

No mesmo tempo operatório pode ser necessário proceder à correcção de pequenos defeitos do pavimento pélvico, pré-existentes.

O médico explicou-me que para este procedimento o período de internamento é normalmente de dois dias, excepto quando realizada em

## V CONSENTIMENTO INFORMADO

ambulatório, em que entro e saio no mesmo dia. Muito raramente à data da alta, poderei ter que ir algaliada para casa, ou a fazer algalições intermitentes por tempo limitado. Compreendo que apesar da adequada escolha e realização da técnica, podem surgir efeitos indesejáveis, tanto os comuns a qualquer intervenção cirúrgica e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos desta cirurgia:

- a) Não conseguir uma melhoria da IU – as taxas de insucesso rondam os 10%, em função das comorbilidades da doente;
- b) Não conseguir urinar espontaneamente após a cirurgia, decorrente da compressão uretral ou do edema transitório, podendo ser necessária uma reintervenção para corrigir este problema (9%);
- c) Ocorrer hemorragia durante e/ou após, necessidade de transfusão ou reintervenção, ainda que seja muito rara (0,01%);
- d) Surgir problemas relacionados com cicatrização e infecção vaginal, com consequente exposição da rede. A infecção pode também surgir em todos os tecidos da trajectória da rede, obrigando a reintervenções e administração de antibióticos (1- 4%). A infecção mais comum é a urinária, que ocorre em 4-11 % dos casos;
- e) Ocorrer durante o acto cirúrgico, lesão vesical, uretral (0,5-8 %) ou ureteral (4-11-% quando a cirurgia é efectuada por via laparoscópica) com necessidade de correcção intra-operatória e em alguns casos impedindo a colocação da rede. Se detectadas pós-cirurgicamente, estas complicações podem implicar uma reintervenção, por eventual via abdominal;
- f) O aparecimento de fístulas, sendo muito raro, pode ocorrer, com necessidade de nova cirurgia;
- g) Em alguns casos muito raros existe rejeição do material implantado, que poderá ter de ser removido, com eventual recidiva da IUE;
- h) Muito raramente, pode ocorrer dispareunia (dor com as relações sexuais);

- i) Nos casos de IUM, os sintomas de urgência podem persistir (15%), ou agravar-se;
  - j) Devido ao posicionamento pode existir, transitoriamente, dor nas coxas e região inguinal e devido à técnica, dor crónica supra-púbica ou na face interna da coxa.
- 5 – O médico explicou-me que como em qualquer outra cirurgia e apesar de se tomarem todas as precauções e medidas preventivas, podem ocorrer tromboembolismos e hemorragias digestivas. Estas complicações, resolvem-se habitualmente com tratamento médico. No entanto podem levar à necessidade de reintervenção de urgência, que inclui o risco de mortalidade (0,01–0,09%).
- 6 – O médico alertou-me para a necessidade de informar acerca da existência de alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemakers*, medicação actual ou outra qualquer patologia. Informou-me ainda que devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, HTA, anemia, idade avançada, fumadora) os riscos da cirurgia, a frequência e/ou a gravidade das complicações como erosão e extrusão da rede, atraso na cicatrização e infecção, podem estar aumentados.
- 7 – O médico explicou-me que em alternativa existem tratamentos farmacológicos, e reabilitação do pavimento pélvico, mas que no meu caso a cirurgia seria o mais indicado e com maior probabilidade de sucesso.
- > Compreendi todas as explicações que me foram dadas numa linguagem simples e clara, e o médico que me atendeu permitiu-me colocar todas as questões e clarificou as minhas dúvidas.
  - > Consinto que a realização do procedimento seja filmada com fins científicos ou didácticos.
  - > Compreendo que em qualquer momento e sem necessidade de explicação posso revogar o consentimento que hoje assinei.

## V CONSENTIMENTO INFORMADO

- > Declaro que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.
- > Autorizo, que me seja realizado tratamento cirúrgico da Incontinência Urinária de Esforço.

Em...../...../.....

O médico \_\_\_\_\_

A doente \_\_\_\_\_

Representante legal/ familiar \_\_\_\_\_

## 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORRECÇÃO DE PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

1 – O prolapso dos órgãos pélvicos é a herniação para o interior da vagina ou através dela para o exterior, de um ou mais órgãos pélvicos, como a bexiga, o útero, o recto e o intestino delgado. Ocorre quando os ligamentos, fâscias e músculos, que mantêm esses órgãos na sua posição correcta, se encontram lesados ou fragilizados deixando assim de ter capacidade de os suspender e suportar.

O POP pode originar sintomas como: sensação de peso pélvico; incómodo ou dor; aparecimento de uma tumefacção vulvar; alterações urinárias ou defecatórias. Pode ainda afectar a actividade sexual e limitar a actividade física. Não é uma doença que ameaça a vida, não acarreta perigo, mas é incómoda e angustiante pelas limitações que pode produzir, com maior ou menor impacto na qualidade de vida da mulher.

Existem vários tipos de prolapso:

- > Da parede anterior da vagina ou compartimento anterior (cistocelo – bexiga descaída);
- > Da parede posterior da vagina ou compartimento posterior (rectocelo – recto descaído ou enterocelo – o intestino delgado faz proci-dência para o interior da vagina);
- > Do topo da vagina ou compartimento apical (o útero ou a cúpula da vagina descaem até à entrada da vagina, podendo mesmo exteriorizar-se).

Muitas mulheres têm prolapso em mais do que um compartimento em simultâneo.

2 – Com o tratamento cirúrgico pretende-se a correcção do POP e a cura ou melhoria dos sintomas a ele associados. No mesmo acto cirúrgico pode realizar-se a correcção dos defeitos diagnosticados (isto é: anterior, posterior e apical), e ainda tratar-se a incontinência urinária de esforço, mesmo que oculta.

A correcção deste tipo de problema pode ser efectuada com ou sem recurso à utilização de uma rede.

O objectivo das redes é substituir os tecidos de suporte danificados, por um material sintético, para melhorar a durabilidade do resultado cirúrgico. As técnicas em que não se usam redes são chamadas de técnicas clássicas ou reparação com tecidos nativos.

A via cirúrgica mais utilizada é a vaginal, através de uma pequena incisão na vagina e por vezes também nas nádegas e na região inguinal. A correcção deste tipo de defeitos também pode ser efectuada por via abdominal, laparoscópica, habitualmente com recurso à utilização de redes.

3 – O médico informou-me que esta cirurgia apresenta alguma complexidade e requer anestesia loco-regional ou geral, de acordo com as circunstâncias. O internamento é de 1 a 4 dias, embora possa prolongar-se. Muito raramente pode acontecer que a doente tenha que ter alta utilizando uma algália, uma sonda supra-púbica ou tendo que realizar algaliações intermitentes para esvaziar a bexiga, até que esta recupere a sua função normal. Uma vez em casa, é habitual precisar de tomar analgésicos e antibióticos durante alguns dias. A recuperação até poder realizar uma vida normal é habitualmente de duas a quatro semanas, mas difere de pessoa para pessoa. É aconselhável limitar a actividade física que envolva grandes esforços e respeitar ausência de coito vaginal, durante os dois primeiros meses.

4 – O médico explicou-me que:

- > tem formação específica na área, a experiência e as habilitações necessárias para realizar estas cirurgias com ou sem redes, com segurança e que os seus resultados estão de acordo com os publicados em outros centros;
- > existe a possibilidade de ter que suspender a cirurgia ou modificar a técnica ou via utilizada no decorrer da operação, por circunstâncias ocorridas durante a mesma;
- > existem riscos comuns a qualquer intervenção cirúrgica, incluindo o risco remoto de morte, bem como outros riscos específicos e complicações associadas a este tipo de cirurgia.

Em menos de 10% dos casos pode acontecer:

- a) Não melhorar do prolapso ou aparecimento de um novo prolapso, noutra compartimento do pavimento pélvico;
- b) Não conseguir urinar espontaneamente, isto é fazer retenção de urina provocada pela cirurgia. Pode ser necessária nova intervenção para a corrigir;
- c) Exposição de uma pequena parte da rede;
- d) Incómodo ou dor com as relações sexuais, de duração variável;
- e) Infecção pós-operatória de gravidade variável;
- f) Incontinência urinária de esforço surgida de novo ou agravamento da pré-existente;
- g) Dor ou incómodo com a defecação, habitualmente transitórias;
- h) Complicações devidas a mau estado geral ou a patologia prévia.

Em menos de 5% dos casos pode acontecer:

- a) Dor ou retracção da rede, que pode precisar de tratamento (específico das redes);
- b) Incómodo abdominal pouco específico ou difícil de tratar;
- c) Obstipação persistente;
- d) Urgência miccional de novo ou agravamento da pré-existente;
- e) Hemorragia intensa durante ou logo após a cirurgia, que exija transfusão;
- f) Deiscência da ferida cirúrgica;
- g) Dor inguinal persistente (neuropatia do obturador – específica de algumas redes).

Em menos de 0,5% dos casos pode acontecer:

- a) Lesão de órgãos vizinhos (recto, bexiga, intestino, veias ou artérias);

## V CONSENTIMENTO INFORMADO

- b) Infecção da ferida ou área cirúrgica de gravidade variável;
- c) Fístula para outros órgãos;
- d) Osteíte púbica;
- e) Dor persistente ao sentar (neuropatia do nervo pudendo);
- f) Flebite ou trombo-embolismo pulmonar;
- g) Hemorragia digestiva.

O cirurgião explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicação oral, endovenosa ou intramuscular), mas podem requerer uma ou mais intervenções cirúrgicas adicionais, com um risco mínimo de mortalidade por complicações graves muito raras.

- 5 – O médico explicou-me que para a realização desta técnica pode ser necessária uma preparação prévia. Também me alertou para a necessidade de informar acerca da existência de alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemakers*, medicação actual ou outra qualquer patologia. Informou-me ainda que devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, HTA, anemia, idade avançada, fumadora) os riscos da cirurgia, a frequência e/ou a gravidade das complicações como erosão e extrusão da rede, atraso na cicatrização e infecção, podem estar aumentados.

O uso de redes pode melhorar os resultados cirúrgicos nos prolapso com risco de recorrência e após uma recidiva (ressurgimento do problema).

Compreendo que apesar da adequada escolha da técnica podem ocorrer efeitos indesejáveis.

- 6 – O médico explicou-me que as alternativas a esta cirurgia são:
- a) Não me tratar. O prolapso raramente é uma condição que ameaça a vida, no entanto deve ser vigiado e devem corrigir-se todas as situações que o possam agravar (excesso de peso, obstipação crónica, tosse crónica...);

- b) Fisioterapia do pavimento pélvico (exercitar os músculos do pavimento pélvico pode melhorar ou prevenir o agravamento do prolapso se se encontrar num estágio inicial; a sua eficácia é maior se for orientada por um especialista de Medicina Física e Reabilitação / Fisioterapeuta, e que é necessário tempo e motivação);
  - c) Usar pessário (dispositivo vaginal que ajuda a fornecer suporte mecânico aos órgãos descaídos aliviando os sintomas);
  - d) Colpocleisis (encerramento da vagina no caso de já não ter actividade sexual vaginal, nem desejo vir a ter; esta cirurgia minimamente invasiva, tem um tempo operatório curto, uma recuperação fácil e rápida e uma elevada taxa de sucesso, de 90-95%).
- > Compreendi as explicações que me foram dadas numa linguagem clara e simples. O médico que me atendeu permitiu-me pôr todas as questões e esclareceu todas as minhas dúvidas.
  - > Consinto que a realização do procedimento seja filmada com fins científicos ou didácticos.
  - > Compreendo, que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação posso revogar o consentimento que agora presto.
  - > Declaro que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo os benefícios previsíveis, os riscos, as possíveis complicações e inconvenientes associados a este tratamento.
  - > Consinto que se realize o tratamento cirúrgico de correcção do meu prolapso dos órgãos pélvicos.

Em...../...../.....

O médico \_\_\_\_\_

A doente \_\_\_\_\_

Representante legal/ familiar \_\_\_\_\_



# ANEXOS

## ANEXO 1 – DIÁRIO MICCIONAL

DIÁRIO MICCIONAL									
HORA	LÍQUIDOS INGERIDOS		MICÇÕES	PERDAS E URINA			SENSAÇÃO DE URGÊNCIA		O QUE ESTAVA A FAZER NO MOMENTO DA PERDA
	TIPO DE LÍQUIDO	QUANTIDADE	QUANTIDADE	POUCA	MODERADA	ABUNDANTE	SIM	NÃO	

Data: / /

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIOS DE SINTOMAS

### Urogenital Distress Inventory 6 – Short Form (validado para português)

Tem algum destes sintomas? Se sim, quanto o afectam?

	NADA	LIGEIRAMENTE	MODERADAMENTE	MUITO
Urinar muito frequentemente	0	1	2	3
Perda de urina relacionada com sensação de urgência	0	1	2	3
Perda de urina relacionada com actividade física, tosse ou espirro	0	1	2	3
Pequenas perdas de urina – em gota	0	1	2	3
Dificuldade no esvaziamento vesical	0	1	2	3
Dor ou desconforto no baixo ventre ou área genital	0	1	2	3

Cálculo do *score*

$\frac{\text{Resultado total} \times 25}{6} = \text{Resultado final}$

6

## International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (validado para Português)

**Questionário ICIQ-SF validado**

**ICIQ-SF**

Número inicial

DIA MÊS ANO

Muitas pessoas têm por vezes perdas de urina. Estamos a tentar perceber quantas pessoas têm perdas de urina e se esta situação as incomoda. Agradecemos que respondesse às perguntas que se seguem, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Preencha com a sua data de nascimento, s.f.f.:

DIA MÊS ANO

2. Sexo (assinale uma):

Feminino  Masculino

3. Com que frequência tem perdas de urina? (Escolha uma opção)

nunca	<input type="checkbox"/>	0
uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1
duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2
uma vez por dia	<input type="checkbox"/>	3
várias vezes por dia	<input type="checkbox"/>	4
constantemente	<input type="checkbox"/>	5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que acha que perde. Que quantidade de urina costuma perder (quer use ou não protecção) (escolha uma opção)

nenhuma	<input type="checkbox"/>	0
uma quantidade pequena	<input type="checkbox"/>	2
uma quantidade moderada	<input type="checkbox"/>	4
uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6

5. No geral, a perda de urina interfere muito no seu dia-a-dia? Faça um círculo entre 0 (nada) e 10 (bastante)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										bastante

pontuação ICIQ: somar pontuações 3+4+5

6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)

nunca – não tem perdas de urina	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando tosse ou espirra	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando está a dormir	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando está fisicamente activo(a) / a fazer exercício	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina quando acabou de urinar e está vestido(a)	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina sem razão aparente	<input type="checkbox"/>
tem perdas de urina constantemente	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado por responder a estas questões.

## Overactive Bladder Questionnaire – Short Form (validado para português)

Iniciais do/a entrevistado/a: \_\_\_\_\_

Entrevistado/a n° \_\_\_\_\_

### Questionário sobre Bexiga Hiperativa

Este questionário quer saber o quanto você foi incomodado/a por determinados sintomas da bexiga durante as últimas 4 semanas. Por favor, faça um “\*” no quadrado da resposta que melhor descreve o quanto você foi incomodado/a por cada sintoma durante as últimas 4 semanas. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as perguntas.

Durante as últimas 4 semanas, o quanto você foi incomodado/a por ...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1. Urinar freqüentemente durante o dia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Uma vontade repentina e urgente de urinar com pouco ou nenhum aviso prévio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Ter que levantar durante a noite para urinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Acordar durante a noite porque você teve que urinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Perda de urina associada a uma forte vontade de urinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

As perguntas acima são sobre o incômodo causado por certos sintomas de bexiga. Nas próximas perguntas, por favor, pense em seus sintomas de bexiga das últimas 4 semanas e em como estes sintomas afetaram sua vida. Por favor, responda a cada pergunta sobre com que freqüência você se sentiu desta forma, da melhor maneira que puder. Por favor, a cada pergunta, faça um “\*” no quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

Iniciais do/a entrevistado/a: \_\_\_\_\_

Entrevistado/a n° \_\_\_\_\_

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência seus sintomas de bexiga...	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase o tempo todo	O tempo todo
9. Fizeram você planejar cuidadosamente seus trajetos diários?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Fizeram você se sentir mole ou sonolento/a durante o dia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Fizeram você ficar no lugar mais próximo do banheiro quando você foi a locais públicos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Causaram-lhe sofrimento ou angústia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Aborreceram você?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Fizeram você se sentir como se houvesse alguma coisa errada com você?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Interferiram em sua capacidade de ter uma boa noite de sono?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. Fizeram você diminuir suas atividades físicas (exercícios, esportes, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Impediram você de se sentir descansado/a ao acordar pela manhã?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18. Aborreceram sua família e seus amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19. Fizeram você se sentir ansioso/a ou preocupado/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20. Fizeram você ficar em casa mais do que você gostaria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. Fizeram você adaptar seus planos de viagem e de seus trajetos diários para estar sempre perto de um banheiro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22. Fizeram você evitar atividades em que não há banheiro por perto (por exemplo: passeios a pé, corridas, longas caminhadas)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Iniciais do/a entrevistado/a: \_\_\_\_\_ Entrevistado/a n° \_\_\_\_\_

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência seus sintomas de bexiga...	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase o tempo todo	O tempo todo
23. Fizeram você se sentir irritado/a ou aborrecido/a por causa do tempo que você passou no banheiro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
24. Acordaram você durante o sono?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
25. Deixaram você preocupado/a com o cheiro ou a higiene?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
26. Fizeram você se sentir pouco à vontade ao viajar com outras pessoas, pela necessidade de parar para ir ao banheiro?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
27. Afetaram seu relacionamento com sua família e seus amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
28. Fizeram você diminuir suas participações em reuniões sociais como festas ou visitas a sua família ou a amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
29. Fizeram você se sentir constrangido/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
30. Impediram você de dormir o tanto que você precisava?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
31. Fizeram você ter problemas com seu/sua parceiro/parceira ou esposo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
32. Fizeram você planejar suas atividades com mais cuidado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
33. Fizeram você localizar o banheiro mais próximo assim que chegava a um lugar onde nunca tinha estado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

### Cálculo do score

Para calcular o score da gravidade, criar uma soma resumida dos itens listados e usar a fórmula, para transformar o valor. O score mais elevado é indicativo de maior gravidade de sintomas.

ESCALA	SOMA DOS VALORES	PONTUAÇÃO BRUTA, MAIS ALTA E MAIS BAIXA POSSÍVEL	POSSÍVEL VARIAÇÃO DO SCORE BRUTO
Gravidade dos sintomas	1 -6	6,36	30

$$\text{Score transformado} = \frac{\text{Score bruto actual} - \text{Score bruto mais baixo}}{\text{Possível variação do score bruto}} \times 100$$

## ANEXO 3 – KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (validado para português)

**KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE**

**1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data da Consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**2 DIÁRIO**

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
1. Total nº micções (WC)							
2. Total nº perdas (episódios de incontinência)							
3. # pensos usados							

Informação não obtida

**Não esquecer...**  
 A: Em média são precisas 7 perdas por semana. Esta média pode ser extrapolada a partir do nº de dias do diário completos.  
 B: São precisos registos de pelo menos 3 dias completos (24h).  
 C: Só os dias completos é que devem ser transcritos para a tabela acima.

**3 IMPRESSÃO GLOBAL DA PACIENTE: GRAVIDADE**

Para ser preenchido preferencialmente pela paciente.

Assinale o  que melhor descreve como está neste momento o sua função urinária?

1 Normal    2 Levemente alterada    3 Moderadamente alterada    4 Gravemente alterada

**4 QUESTIONÁRIO KING'S HEALTH**

Para ser preenchido pela paciente (*tenha a certeza de que toda a informação é registada*).  
 Quando responder a estas questões, tenha em mente a sua experiência nas **últimas 2 semanas**.

**1. Como descreveria a sua saúde no presente?**

Muito boa   Boa   Razoável   Má   Muito má  
 1    2    3    4    5

**2. Quanto é que pensa que o seu problema de bexiga afecta a sua vida?**

De maneira nenhuma   Um pouco   Moderadamente   Bastante  
 1    2    3    4

Em baixo estão algumas actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas de bexiga. Quanto é que o seu problema de bexiga a afecta? Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Por favor responda à questão em relação às **2 últimas semanas**. Escolha simplesmente a resposta que se aplica a si.

LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES	Nada	Levemente	Moderadamente	Bastante
3. Até que ponto o seu problema de bexiga afecta as suas tarefas domésticas diárias (p. ex. limpezas, compras, etc...)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. O seu problema de bexiga afecta a sua profissão ou as suas actividades diárias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

normais fora de casa?					
<b>LIMITAÇÕES FÍSICAS / SOCIAIS</b>	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	
5. O seu problema de bexiga afecta as suas actividades físicas (p.ex. dar um passeio, correr, ginástica, etc)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
6. O seu problema de bexiga afecta a sua capacidade para viajar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
7. O seu problema de bexiga afecta a sua vida social?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
8. O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>RELAÇÕES PESSOAIS</b>	N/R	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
9. O seu problema de bexiga afecta a sua relação com o seu companheiro?	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. O seu problema de bexiga afecta a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. O seu problema de bexiga afecta a sua vida familiar?	<input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>EMOÇÕES</b>	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Muito	
12. O problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
13. O seu problema de bexiga fá-la sentir ansiosa ou nervosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
14. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>SONO / ENERGIA</b>	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
15. O problema de bexiga afecta o seu sono?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
16. Sente-se cansada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>FAZ ALGUMA COISA DO QUE SE SEGUE? Se sim, com que frequência?</b>	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
17. Usa pensos higiénicos para se manter seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
18. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
19. Muda a sua roupa interior quando fica molhada ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
20. Preocupa-se no caso de cheirar mal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
21. Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

Obrigado. Agora verifique se respondeu a todas as questões

## ANEXO 4 – PROLAPSE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (P-QoL) (validado para português)

<b>QUALIDADE DE VIDA PROLAPSO (P-QoL)</b>	
Nome: _____	Reg: _____
Idade: _____ anos	Hospital: _____ Nº: _____
Data de hoje ____ / ____ / ____	
<b>UM PROLAPSO É UMA "BOLA OU ABAULAMENTO" QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFRONTO</b>	
<b>POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO</b>	
1. Como você descreveria sua saúde neste momento?	Por favor marque uma resposta
1a. Muito boa	<input type="radio"/>
1b. Boa	<input type="radio"/>
1c. Regular	<input type="radio"/>
1d. Ruim	<input type="radio"/>
1e. Muito ruim	<input type="radio"/>
2. Quanto você acha que seu problema de prolapso afeta sua vida?	Por favor marque uma resposta
2a. Não afeta	<input type="radio"/>
2b. Um pouco	<input type="radio"/>
2c. Moderadamente	<input type="radio"/>
2d. Muito	<input type="radio"/>

3. Por favor anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
3a. Ir ao banheiro para urinar com muita frequência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3b. Urgência: desejo urgente de urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3c. Incontinência por urgência: perda urinária associada a um forte desejo de urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3d. Incontinência de esforço: perda urinária associada à tosse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3e. Sensação de um abaulamento/bola saindo da vagina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3f. Sensação de peso ou pressão na parte inferior do abdome (barriga) que aparece ou piora no decorrer do dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3g. Abaulamento na vagina interferindo no esvaziamento do intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3h. Desconforto na vagina que piora quando está em pé e alivia quando se deita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3i. Jato urinário fraco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3j. Esforço para esvaziar a bexiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3k. Gotejamento de urina após esvaziar a bexiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXOS

4. Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você?

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. UM POUCO	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
4a. Sensação de não ter esvaziado completamente o intestino após ter defecado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b. Constipação dificuldade em esvaziar o intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4c. Esforço para defecar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4d. Abaulamento na vagina que atrapalha o sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4e. Dor lombar (na parte inferior das costas) que piora com o desconforto vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4f. Você ajuda a esvaziar o intestino com seus dedos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4g. Com que frequência você defeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abaixo estão algumas atividades diárias que podem ser prejudicadas pelo seu problema de prolapso. Quanto o seu problema incomoda você?

**Gostaríamos que você respondesse cada questão.**

Só marque o círculo que se aplica a você:

5. Limitações de Atividades Diárias

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
5a. Quanto o seu prolapso afeta suas atividades domésticas (ex. limpeza, compras, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. Seu prolapso afeta seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 6. Limitações Físicas / Sociais

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
6a. Seu prolapso afeta suas atividades físicas (ex. caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. O seu prolapso afeta sua capacidade de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. O seu prolapso limita sua vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6d. O seu prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Relacionamento Pessoal

	0. NÃO SE APLICA	1. NÃO	2. LIGEIRAMENTE	3. MODERADAMENTE	4. MUITO
7a. O seu prolapso afeta o relacionamento com o seu parceiro	<input type="radio"/>				
7b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	<input type="radio"/>				
7c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	<input type="radio"/>				

## 8. Emoções

	0. NADA	1. LIGEIRAMENTE	2. MODERADAMENTE	3. MUITO
8a. O seu prolapso faz você se sentir deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. O seu prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. O seu prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 9. Sono / Energia

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
9a. O seu prolapso afeta seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9b. Você se sente exausta/cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você faz alguma das seguintes coisas para ajudar seu problema de prolapso?

10. Responda mesmo que você não sinta que tem prolapso. Se sim, quanto?

	0. NUNCA	1. ÀS VEZES	2. FREQUENTEMENTE	3. O TEMPO TODO
10a. Usa absorventes internos/externos ou calcinhas firmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. Você empurra o seu prolapso para cima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10c. Dor ou desconforto devido ao prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10d. O prolapso impede você de ficar em pé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**OBRIGADO**, agora verifique se você respondeu todas as questões.

---



