

## IMPACTO DO PESSÁRIO VAGINAL NA FUNÇÃO DEFECATÓRIA DE MULHERES COM PROLAPSOS GENITAIS

Maria Laura Silva Gomes (1); José Ananias Vasconcelos Neto (2); Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (3)

1- Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [mlaura\\_gomes@hotmail.com](mailto:mlaura_gomes@hotmail.com)

2- Médico. Hospital Geral de Fortaleza (HGF). E-mail: [camilamoreiravasco@gmail.com](mailto:camilamoreiravasco@gmail.com)

3- Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: [camilamoreiravasco@gmail.com](mailto:camilamoreiravasco@gmail.com)

### RESUMO

A musculatura e ligamentos com função de suporte aos órgãos pélvicos é denominada assoalho pélvico. Tal estrutura anatômica pode ser comprometida devido a alguns fatores, como envelhecimento, genética, gravidez, parto, cirurgia pélvica prévia, além de fatores de risco combinados que aumentam a pressão intra-abdominal, como a doença pulmonar crônica, constipação e obesidade. Entre os sintomas referidos temos “sensação de peso” na vagina, abaulamento vaginal, sensação de esvaziamento vesical incompleto e dispareunia. Em relação aos sintomas do prolapso de parede vaginal posterior temos constipação, tenesmo, incontinência anal e dispareunia. Mulheres com prolapso de órgãos pélvico sintomático podem ser tratadas conservadoramente com pessários. Objetivou-se avaliar a qualidade de vida geral com questionário SF-36, o índice de constipação e a incontinência fecal com escore de Wexner antes e após o uso de pessário. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 84 mulheres com prolapso, que aceitaram o tratamento conservador com pessário vaginal, que foram atendidas no período de 2013 a 2016 no ambulatório de Uroginecologia de um hospital terciário de Fortaleza, Ceará. Para a coleta de dados realizou-se uma entrevista utilizando-se um questionário elaborado pelo serviço e uma consulta para exame físico da mulher com o intuito de avaliar o prolapso de órgão pélvicos através do POP-Q. Ainda se utilizou o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e o Sistema Wexner de escores de constipação e de incontinência fecal. Para a análise estatística utilizou-se a comparação das médias a partir do teste t de Student para amostras independentes e comparação de proporções com o teste do qui-quadrado para amostras independentes. Como resultado, 68 pacientes obtiveram uso de pessário considerado satisfatório para a continuidade do estudo. Dessas, houve melhora na escala de qualidade de vida geral em todos os parâmetros, porém não houve significância estatística nas queixas defecatórias. Portanto, concluímos que a utilização de pessário vaginais em mulheres com prolapso de órgão pélvico, com ou sem indicação cirúrgica tem um resultado bem-sucedido. Palavras-chaves: Incontinência Fecal; Disfunção do Assoalho Pélvico; Pessários.

## INTRODUÇÃO

Prolapso de órgãos pélvicos (POP) é uma condição encontrada frequentemente em metade das mulheres com mais de 50 anos de idade, com uma prevalência de 30% a 50% (SUBAK *et al.*, 2001). Esse agravo pode comprometer seriamente o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos afetados (DIGESU *et al.*, 2005) e está associado a implicações de recursos consideráveis para o serviço de saúde (BOYLES, WEBWE, MEYN, 2003).

O assoalho pélvico é um conjunto de músculos, ligamentos e fâscias que tem como função dar suporte aos órgãos pélvicos. Os defeitos do assoalho pélvico (DAP) promovem os prolapso da parede vaginal anterior, posterior ou ápice vaginal acarretando o descenso desses órgãos (SAMUELSSON *et al.*, 1999). A prevalência varia de acordo com a região anatômica do defeito, por sua vez, o prolapso da parede vaginal anterior é duas vezes mais prevalente do que os prolapso de parede vaginal posterior e três vezes mais comum do que o prolapso apical (BABER, MAHER, 2013; HENDRIX *et al.*, 2002).

Entre as causas do POP podemos citar: envelhecimento, genética, gravidez, parto, cirurgia pélvica prévia, além de fatores de risco combinados que aumentam a pressão intra-abdominal, como a doença pulmonar crônica, constipação e obesidade (CHOI; HONG, 2014). Apesar da alta prevalência de prolapso genital, há um conhecimento limitado sobre sua fisiologia (GLAZENER, *et al.*, 2013). O parto vaginal é provavelmente o fator mais importante nessa etiologia (ECKER, 2013).

As mulheres acometidas por POP geralmente referem sintomas como “sensação de peso” na vagina, abaulamento vaginal, sensação de esvaziamento vesical incompleto e dispareunia (SWIT, TATE, NICHOLAS, 2003). Sobretudo, em relação ao prolapso de parede vaginal posterior, pode-se encontrar os seguintes sintomas: constipação (46%), tenesmo (32%), incontinência anal (13%) e dispareunia (29%) (RICHARDSON, ELLIOT; SOKOL, 2012).

Na assistência de mulheres com POP, utiliza-se o *Pelvic Organ Prolapse Quantification* (POP-Q) para classificação durante o exame físico. Para complementar a avaliação de pacientes que se queixam de disfunção intestinal sem correlação ao exame clínico, investigação de outras anormalidades, pesquisa científica ou POP recorrente ocasionalmente utilizam-se exame de imagem

como: ultrassom (transvaginal, transperineal ou transretal), ressonância magnética, defecografia, manometria anal e eletromiografia (RICHARDSON, ELLIOT, SOKOL, 2012).

Inicialmente, deve-se realizar uma boa avaliação da sintomatologia. Quando presente os sintomas, pode-se optar por uma conduta cirúrgica ou não cirúrgica (CHOI, HONG, 2014), sendo que o tratamento conservador busca aliviar os sintomas, prevenir a deterioração do POP e garantir um apoio do pavimento pélvico que poderia evitar ou retardar a cirurgia (HAGEN *et al.*, 2006).

Na conduta conservadora temos intervenções, tais como: modificação do comportamento (tratamento da disfunção intestinal, aconselhamento dietético, perda de peso e redução das atividades manuais que cursam com o aumento da pressão intra-abdominal); exercícios para a musculatura do assoalho pélvico (não recomendados para pessoas com prolapso volumosos) e intervenções com dispositivos mecânicos com a inserção de pessário no canal vaginal com o intuito de proporcionar um suporte do prolapso (GIARENIS, ROBINSON, 2014; KEGEL, 1948; RICHTER *et al.*, 2010; ATNIP, 2009). Em relação a última intervenção citada, os pessário vaginal é amplamente utilizado na prática clínica, sendo escolhido como tratamento por 86% dos ginecologistas, 96% dos uroginecologistas (RICHTER *et al.*, 2010; ATNIP, 2009) e escolha de primeira linha em 77% dos membros da Sociedade Americana de Uroginecologia (CUNDIFF *et al.*, 2000).

Embora a ampla utilização em relação aos sintomas urinários, ainda se conhece pouco sobre os efeitos da utilização dos pessário vaginais em relação a função defecatória. Portanto, esse estudo tem como objetivo avaliar a função defecatória de pacientes que utilizam pessário vaginal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e quantitativo. Esse estudo foi realizado com as pacientes com disfunção do assoalho pélvico, atendidas no Ambulatório de Uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). A população da amostra foi composta de 84 mulheres com POP sintomática que aceitaram o tratamento de sua patologia com o uso de pessários vaginais, independentemente de sua condição clínica pré-operatória no período de 2013 a 2016.

Foram coletados os dados de um questionário elaborado pelo serviço, o qual é utilizado pela equipe interdisciplinar, contendo as seguintes informações: perfil sociodemográfico, paridade, sintomas urinários (sensação de “bola na vagina”, pressão pélvica, descarga vaginal, sensação de

esvaziamento incompleto), sintomas intestinais (constipação, incontinência e urgência fecal) e sintomas relacionados ao prolapso.

Após a entrevista com o preenchimento do questionário descrito acima, as participantes desse estudo passaram por um exame ginecológico e estadiamento do prolapso através do POP-Q e estimativa e avaliação do pessário vaginal. Após a inserção do pessário eram realizados alguns testes para escolher o tamanho ideal, com consulta de retorno em sete dias. Se necessário, o tamanho do pessário era reavaliado e modificado.

Os critérios adotados para considerar a inserção do pessário vaginal bem-sucedida são: a paciente continuasse bem adaptada e confortável ao pessário introduzido após sete dias, independentemente do número de tentativas. Ao confirmar a boa adaptação do pessário escolhido por sete dias, a paciente ou o cuidador eram estimulados a continuar com o uso, conforme as orientações iniciais (maneira de inserir e remover o pessário e a higienização do dispositivo). Depois, realizou-se acompanhamento semanais até a adaptação, em seguida, consultas quinzenais e, posteriormente, mensais.

Para essa pesquisa, adotou-se o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e o Sistema Wexner de escores de constipação e de incontinência fecal eram aplicados, pela equipe interdisciplinar no ambulatório, antes da inserção do dispositivo e aplicados novamente mais uma vez entre 1 e 4 meses deste período no qual os pacientes comumente se adaptavam ao uso do pessário.

Quando a análise estatística, utilizou-se a comparação das médias a partir do teste t de Student para amostras independentes e comparação de proporções com o teste do qui-quadrado para amostras independentes. Os dados foram considerados significativamente estatísticos quando  $p < 0,05$ . Em seguida, os dados serão apresentados em tabelas e gráficos, bem como discutidos conforme a literatura pertinente.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa, estando em conformidade com as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com o número de parecer 751.351 e número de CAEE 34100514.2.0000.5054.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o período de coleta desse estudo, 84 mulheres tentaram a inserção do pessário, das quais a mediana de idade foi de 67 anos, maioria oriunda da zona urbana, casadas ou em união estável, escolaridade média de 5,3 anos (entre 0 – 17 anos), menopausadas, mediana de paridade de 5,2, preferencialmente com partos cesarianos e haviam realizado alguma cirurgia ginecológica prévia.

Em relação à adaptação do pessário, após o uso de sete dias, a taxa de sucesso foi de 85%. Dentre essas, 68% ainda permaneceram em uso do pessário por pelo menos 1 não, sendo 66% delas consideradas independentes em inserção e retirada do mesmo, conforme podemos observar na Figura 1.

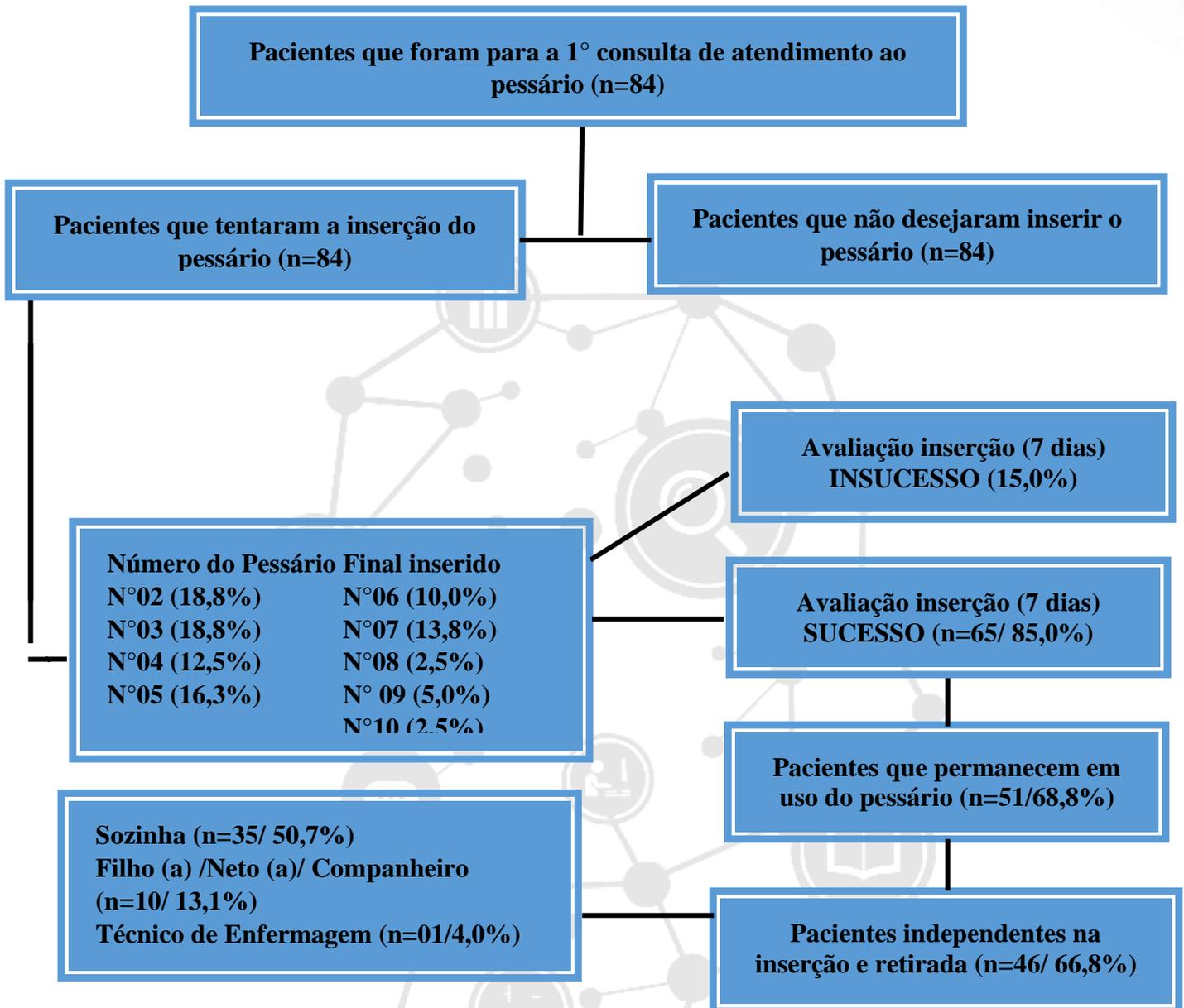
Antes da introdução ao uso do pessário, a principal queixa era “sensação de bola na vagina” (57%). Em relação a alterações intestinais, 17% relatavam urgência fecal, 27% referiam constipação, 30% com incontinência fecal, sendo respectivamente, 14% para gases, 4% para sólidos e 10% “mancha na calcinha”.

Em relação à mediana dos escores da aplicação dos questionários de Wexner Incontinência Anal (WIA) e Wexner Constipação (WC) antes e após o uso considerado bem-sucedido do pessário (período entre 1 e 4 meses do início da intervenção), temos: WIA de 1 para 0,6 ( $p=0,142$ ) e WC de 3,3 para 1,7 ( $p=0,064$ ).

O questionário SF-36, também avaliado, demonstrou os seguintes resultados para mediana dos escores: estado geral de saúde de 60,8 para 74 ( $p<0,05$ ); limitação para aspectos emocionais de 51 para 78 ( $p<0,05$ ); limitação por aspectos sociais de 72 para 79 ( $p<0,05$ ); vitalidade 64 para 72 ( $p<0,05$ ); dor 52 para 61 ( $p<0,05$ ) e saúde mental de 67 para 77 ( $p<0,05$ ).

Desta forma, encontramos que das 84 pacientes com prolapso sintomático, sendo que 85% obtiveram inserção do pessário considerada bem-sucedida e 68% permaneceram usando por pelo menos um ano. Tal resultado é corroborado por outras pesquisas encontradas na literatura, no qual após 4 semanas de uso de pessário, a maioria das pacientes continuará o uso até pelo menos 5 anos. O referido estudo continha 246 pacientes com POP que escolheram o uso de pessário, sendo 79,7% (187) consideradas (usuárias após 4 semanas da inserção), dessas 157 pacientes seguiram o *follow-up* e 86,1% (130) usaram o pessário por 5 anos (LONE et al., 2011).

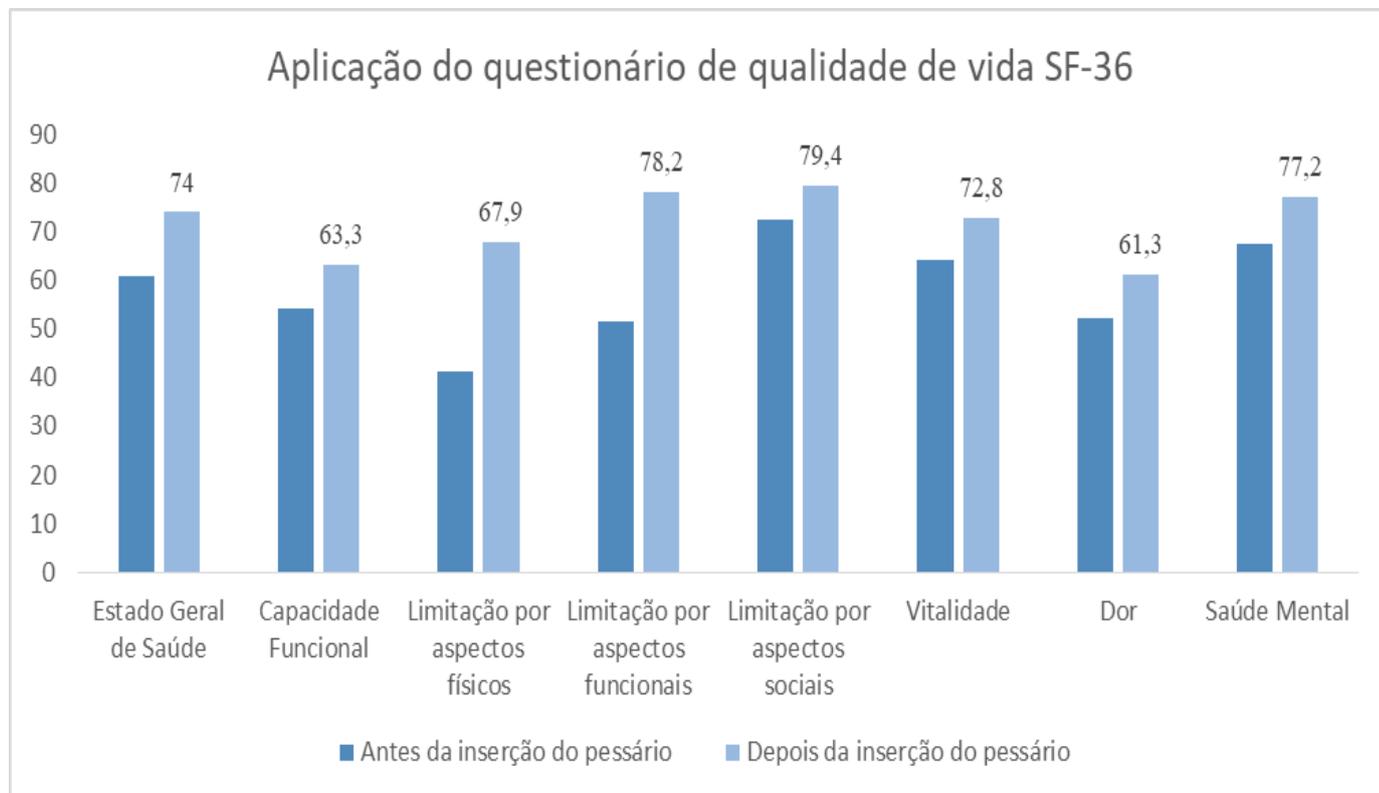
Figura -1 Pacientes atendidas no Ambulatório de Uroginecologia e uso de pessário no período de 2013- 2016, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE.



Fonte: Elaborado pela Profª Dr.ª Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Percebe-se um aumento significativo em satisfação geral, observado através dos índices do questionário SF-36. Verifica-se um resultado de mediana de escores extremamente satisfatório, principalmente no quesito de limitação por aspectos emocionais antes e após uso de pessário que variou de 51 para 78 ( $p < 0,005$ ), como disposto no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Aplicação do questionário de qualidade de vida SF-36 antes e após o uso de pessário em pacientes atendidas no ambulatório de Uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE.



Fonte: Elaborado pela Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Não é surpresa que nesse trabalho tenha verificado essa mediana de satisfação. Em um estudo retrospectivo realizado entre os anos de 2001 e 2002, foi utilizado questionário próprio não validado, de 100 mulheres com POP sintomático. Dessas 73 pacientes, com mediana de idade de 71 anos e paridade mediana de 3, 74% conseguiram se adaptar ao uso do pessário modelo em anel (CLEMONS, et al., 2004). Após dois meses de intervenção, 92% dessas mulheres estavam satisfeitas. Fato corroborado em uma pesquisa usando o *Medline* com 41 artigos, dos quais nove eram artigos selecionados com questionários validados de qualidade de vida (LAMERS; BROEKMAN; MILANI, 2011).

Em nosso estudo, o uso de pessário e a avaliação de alterações intestinais com questionário Weber não se demonstraram estatisticamente relevantes, porém com a aplicação do questionário de WC, houve proximidade de relevância, o que pode caracterizar uma forte tendência do uso do

pequeno para diminuir as queixas de constipação. Por sua vez, outro estudo encontrou resultados diferentes, talvez por conter um número de participantes maior (n=203), com 75% de pessários considerados bem-sucedidos, houve relevância estatística de melhora de sintomas como urgência e incontinência fecal, porém não foi aplicado questionário validado (FERNANDO, et al, 2006). Em outro estudo com 164 pacientes usuárias de pessário por 1 ano, encontrou-se melhora significativa na queixa de urgência fecal ( $p=0,022$ ), mas não houve alteração na queixa de esvaziamento intestinal incompleto (ABDOOL, 2011).

O interessante dessa pesquisa é que a possibilidade de tratamento conservado com pessário foi oferecida para todas as pacientes do ambulatório, independentemente de serem candidatas a cirurgia ou não. Os questionários aplicados de prolapso, qualidade de vida e continência fecal são validados, o que favorece comparações com outros estudos. O tempo de seguimento das pacientes foi de pelo menos 1 ano e outro aspecto positivo do estudo foi o acesso facilitado da paciente à equipe multidisciplinar do ambulatório de Uroginecologia.

Um aspecto importante limitador foi que o pessário é comprado pela paciente e somente utilizamos o pessário modelo em anel. Não dispomos de programas de ajuda de custo. Não houve levantamento de dados para correlacionar os casos de insucesso de pessário, tais como tipos de cirurgia ginecológica prévia das pacientes. Também não podemos aferir quais pacientes que se beneficiaram com o uso do pessário por não incorrer tratamento cirúrgico ou quais desejariam procedimento cirúrgico se as mesmas possuísem condições clínicas. Ainda, o número total de participantes do estudo é pequeno para melhor relevância estatística.

## CONCLUSÃO

Assim, esse estudo demonstrou que a maioria das pacientes com POP consegue se adaptar ao uso de pessário (86%), método efetivo e simples, e evoluíram com melhora da qualidade de vida geral, demonstrados pela mediana dos escores do questionário SF-36. Através do escore de Wexner, não houve melhora dos índices de constipação e incontinência fecal antes e após o uso do pessário, podendo estar relacionado com a pequena amostra da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ABDOOL, Z. et al. Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse. **Int. Urogynecol. J.**, v. 22, n. 3, p. 273-278, 2011.

ATNIP, S. D. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. **Obstet. Gynecol. Clin. of North Am.**, v. 36, n. 3, p. 541-563, 2009.

BARBER, M. D.; MAHER, C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. **Int. Urogynecol. J.**, v. 24, n. 11, p. 1783-1790, 2013.

BOYLES, S. H.; WEBER, A. M.; MEYN, L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 188, n. 1, p. 108-115, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS Nº 466/12. Seção 1. Página 59. 2012.

CHOI, K. H.; HONG, J. Y. Management of pelvic organ prolapse. **Korean J. Urol.**, v. 55, n. 11, p. 693-702, 2014.

CLEMONS, Jeffrey L. et al. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 190, n. 4, p. 1025-1029, 2004.

CUNDIFF, Geoffrey W. et al. A survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. **Obstet. Gynecol.**, v. 95, n. 6, p. 931-935, 2000.

DIGESU, G. A. 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.**, v. 16, n. 3, p. 176-181, 2005.

ECKER, J. Elective cesarean delivery on maternal request. **JAMA**, v. 309, n. 18, p. 1930-1936, 2013.

FERNANDO, Ruwan J. et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. **Obstet. Gynecol.**, v. 108, n. 1, p. 93-99, 2006.

GIARENIS, Ilias; ROBINSON, Dudley. Prevention and management of pelvic organ prolapse. **F1000prime reports**, v. 6, 2014.

GLAZENER, C. et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 120, n. 2, p. 161-168, 2013.

HAGEN, Suzanne et al. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, 2006.

HENDRIX, S. L. et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 6, p. 1160-1166, 2002.

KEGEL, Arnold H. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 56, n. 2, p. 238-248, 1948.

LAMERS, Babet HC; BROEKMAN, Bart MW; MILANI, Alfredo L. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. **Int. Urogynecol. J.**, v. 22, n. 6, p. 637, 2011.

LONE, Farah et al. A 5-year prospective study of vaginal pessary use for pelvic organ prolapse. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 114, n. 1, p. 56-59, 2011.

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

RICHARDSON, Monica L.; ELLIOTT, Christopher S.; SOKOL, Eric R. Posterior compartment prolapse: a urogynecology perspective. **Urol. Clin. North Am.**, v. 39, n. 3, p. 361-369, 2012.

RICHTER, Holly E. et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. **Obstet. Gynecol.**, v. 115, n. 3, p. 609-617, 2010.

SAMUELSSON, E. C. 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.**, v. 180, n. 2, p. 299-305, 1999.

SUBAK, L. L. et al. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. **Obstet. Gynecol.**, v. 98, n. 4, p. 646-651, 2001.

SWIFT, Steven E.; TATE, Susan B.; NICHOLAS, Joyce. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse?. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 189, n. 2, p. 372-377, 2003.

WU, J. M. et al. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in US Women: 2010 to 2050. **Obstet. Gynecol.**, v. 114, n. 6, p. 1278-1283, 2009.