

Correção da parede vaginal anterior (Correção da bexiga)

Um Guia para as Mulheres

1. O que é correção da parede vaginal anterior?
2. Por que ela é realizada?
3. Como a cirurgia é realizada?
4. Qual é a taxa de sucesso da cirurgia?
5. O que fazer e não fazer após a cirurgia.
6. Quando posso retornar à minha rotina habitual?

Prolapso da parede vaginal anterior

1 em cada 10 mulheres que tiveram filhos necessitam de cirurgia para correção de prolapso vaginal. O prolapso da parede frontal (anterior) da vagina geralmente ocorre devido à fraqueza da forte camada de tecido (fascia) que separa a vagina da bexiga. Esta fraqueza pode levar a incômodas sensações de peso, repleção ou “bola” na vagina. Esta pode estender-se para fora do intróito vaginal. Além disso, pode causar dificuldade de urinar com jato urinário lento ou intermitente, ou sintomas de urgência ou frequência urinárias. Outro nome para prolapso da parede vaginal anterior é cistocele.

O que é a correção da parede vaginal anterior?

A correção da vagina anterior, também conhecida como colporrafia anterior, é um procedimento de reparo ou reforço da camada de tecido de suporte (fascia) entre a bexiga e a vagina.

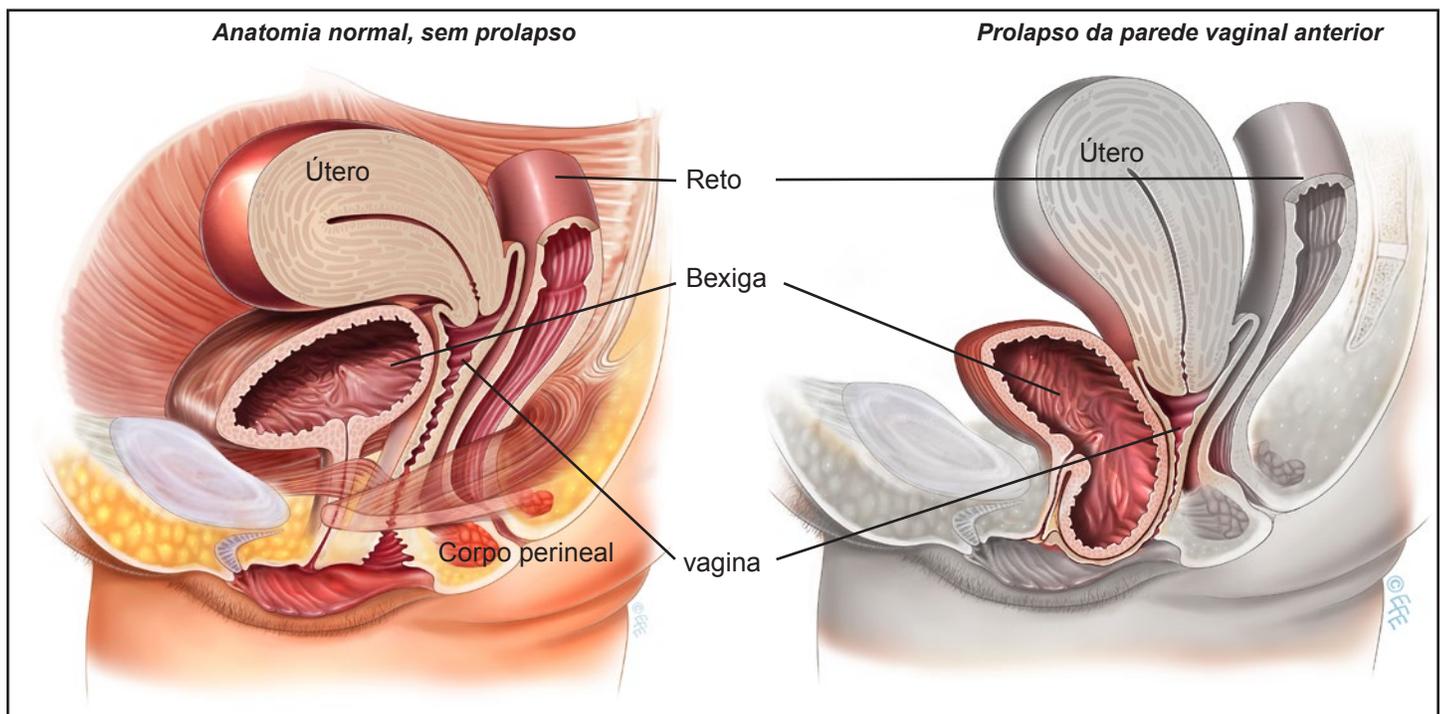
Por que ela é realizada?

O objetivo da cirurgia é aliviar os sintomas de “bola” ou flacidez da vagina, e melhorar a função vesical sem interferir na função sexual.

Como a cirurgia é realizada?

A cirurgia pode ser realizada sob anestesia geral, regional ou até mesmo com anestésico local: seu médico discutirá o que é melhor para você. Há muitas maneiras de realizar a cirurgia de correção da parede vaginal anterior. A seguir, encontra-se a descrição geral e mais comum da técnica de reparo.

- Uma incisão é feita ao longo da parede frontal da vagina começando próximo à entrada e terminando próximo ao topo da vagina.
- A pele (mucosa) da vagina é então separada da camada de suporte fascial subjacente. A fascia enfraquecida é então corrigida usando-se pontos absorvíveis, que serão absorvidos ao longo de 4 semanas a 5 meses dependendo do tipo de material usado no ponto (sutura).
- Algumas vezes, o excesso de mucosa vaginal é retirado, e a mucosa restante é fechada com sutura absorvível que geralmente é totalmente absorvida em 4-6 semanas.
- Materiais de reforço como faixas sintéticas (permanentes) ou biológicas (absorvíveis) podem ser usados para corrigir a parede anterior da vagina. As faixas são normalmente reservadas para os casos de repetidas cirurgias ou prolapso acentuado.
- A cistoscopia deve ser realizada para confirmar que o interior da bexiga encontra-se normal e que não houve lesões de bexiga ou ureteres durante a cirurgia.
- Um tampão pode ser deixado na vagina e um catéter na bexiga ao final da cirurgia. Estes geralmente são retirados após 3-48 horas. O tampão age como um curativo compressivo para diminuir o sangramento



vaginal e os hematomas após a cirurgia.

- Comumente a cirurgia para reparo da parede vaginal anterior é combinada com outras cirurgias tais como a histerectomia vaginal, o reparo da parede vaginal posterior ou cirurgia para incontinência urinária. Estes procedimentos são descritos em detalhes em outros folhetos desta série nas seções de informações para as pacientes.

O que acontecerá comigo após a operação?

Quando você acordar da anestesia, você estará com um soro para hidratação e pode estar com um catéter na bexiga. O cirurgião pode ter deixado um tampão dentro de sua vagina para reduzir o sangramento nos tecidos. O tampão e o catéter são geralmente removidos dentro de 48 horas após a cirurgia. É normal apresentar uma secreção vaginal por 4-6 semanas após a operação. Isto deve-se à presença dos pontos na vagina; à medida que os pontos são absorvidos, a secreção irá diminuindo gradualmente. Caso a secreção tenha odor desagradável ou fétido, entre em contato com seu médico. Você poderá apresentar uma secreção sangüinolenta imediatamente após a operação ou iniciando após 1 semana da cirurgia. Este sangue é usualmente fino e antigo, de aspecto amarronado.

Qual é a taxa de sucesso da cirurgia?

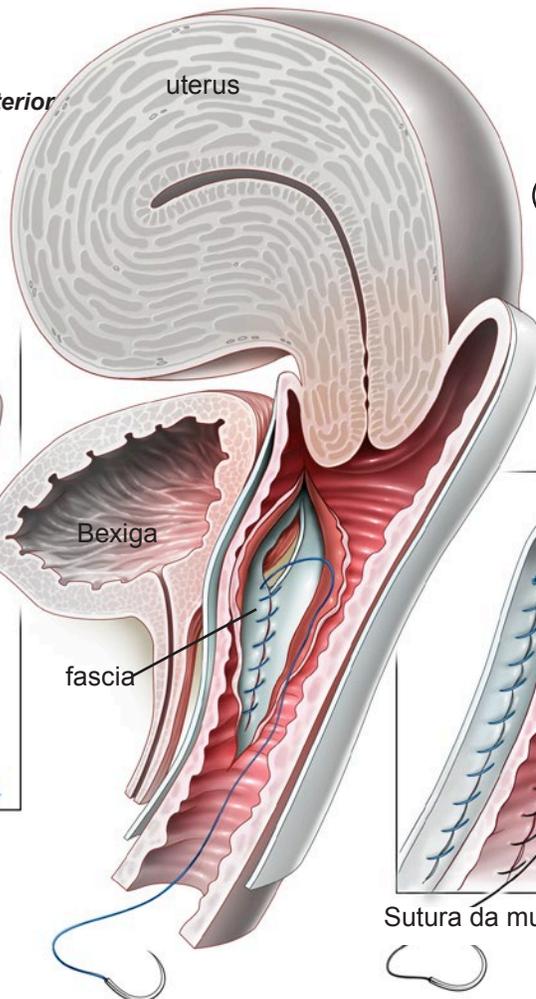
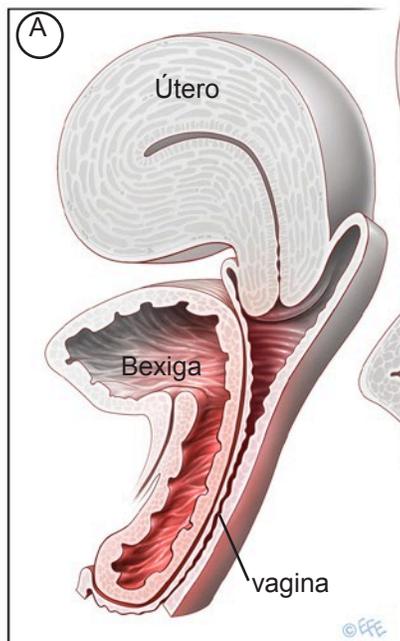
As taxas de sucesso para a correção da parede vaginal anterior são estimados em 70-90%. Há chance do prolapso voltar no futuro, ou outra parte da vagina se prolapsar, necessitando de operação posterior.

Há alguma complicação?

Como qualquer cirurgia, há sempre um pequeno risco de complicações. As seguintes complicações gerais podem ocorrer após qualquer cirurgia:

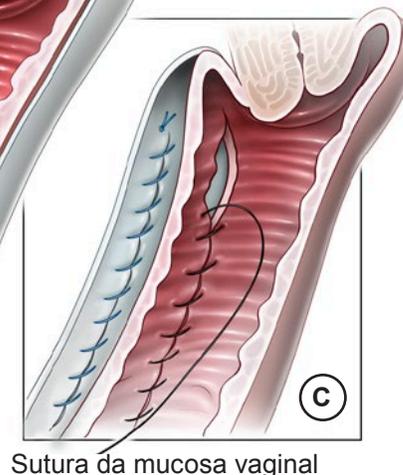
- Problemas anestésicos. Com anestésicos modernos e equipamentos de monitorização, as complicações decorrentes da anestesia são muito raras.
- Sangramento. Sangramentos intensos e sérios que requerem transfusão sanguínea não são usuais após a cirurgia vaginal (menos de 1%).
- Infecção pós-operatória. Embora antibióticos são administrados logo antes da cirurgia e todos os cuidados preventivos são utilizados para manter a cirurgia estéril, há uma pequena chance de desenvolvimento de infecção na vagina e na pelve.
- Infecções vesicais (cistites). Ocorrem em cerca de 6% das mulheres após a cirurgia e são mais comuns se o catéter foi utilizado. Os sintomas incluem queimação ou ardor ao urinar, aumento da frequência urinária e ocasional presença de sangue na urina. A cistite é normalmente facilmente tratada com um curso de antibióticos.

A) prolapso da parede vaginal anterior



B) reparo da camada fascial

C) reparo da camada de mucosa vaginal



Sutura da mucosa vaginal

As seguintes complicações são mais especificamente relacionadas à correção da parede vaginal anterior.

- Constipação é um problema comum no pós-operatório e seu médico deve prescrever laxativos; para ajudar, tente manter uma dieta rica em fibras e aumentar a ingestão líquida.
- Dor à relação sexual (dispareunia). Algumas mulheres apresentam dor ou desconforto às relações. Apesar de todos os esforços serem feitos para prevenir que isto ocorra, algumas vezes isto é inevitável. Algumas mulheres sentem-se mais confortáveis às relações após a correção do prolapso.
- Lesão de bexiga ou ureteres durante as cirurgias são complicações não comuns que devem ser reparadas durante a operação.
- Incontinência. Após uma extensa correção de parede vaginal anterior, algumas mulheres desenvolvem incontinência urinária de esforço devido ao reposicionamento correto da uretra (canal da bexiga). Isto é normalmente resolvido com a simples inserção de uma faixa de suporte (sling) embaixo da uretra (veja o folheto sobre incontinência urinária de esforço na seção de informações para pacientes).
- Complicações das faixas. Se a faixa é utilizada para reforço, há risco de 5-10% de extrusão, o que requer exérese da porção da faixa exposta em procedimento ambulatorial rápido no consultório ou hospital. A faixa raramente é causa de dor que requeira que a mesma seja parcial ou totalmente removida.

Quando posso retornar à minha rotina habitual?

No período pós-operatório recente, você deve evitar situações que causem pressão excessiva sobre o reparo cirúrgico, isto é, levantar peso, esforço exercícios vigorosos, tosse ou constipação. A máxima resistência e cicatrização da ferida cirúrgica ocorre aos 3 meses, e até este período, você não deve carregar peso > 10kg.

É geralmente recomendado que se tire 2-6 semanas de licença do trabalho; seu médico irá te orientar, uma vez que isto dependerá do tipo de trabalho e do tipo de cirurgia a que você se submeteu. It is usually advisable to plan to take 2 to 6 weeks off work, your doctor can guide you as this will depend on your job type and the exact surgery you have had.

Você deve estar apta a dirigir e estar em condições satisfatórias para realizar atividades leves tais como caminhadas curtas, dentro de 3-4 semanas da cirurgia. Você deve aguardar 5-6 semanas para ter relações sexuais; algumas mulheres acreditam que o uso de lubrificantes pode ajudar. Os lubrificantes são facilmente adquiridos em supermercados ou farmácias.



As informações contidas neste folheto são destinadas somente para fins educativos. Não é destinada a ser utilizada para diagnóstico ou tratamento de qualquer condição médica, que deve ser somente feita por um médico qualificado ou outro profissional de saúde.

Traduzido por Rodrigo Castro e Maria Augusta Bortolini