

1 em cada 10 mulheres que tiveram filhos necessitam de cirurgia para correção de prolapso vaginal.

O prolapso da parede anterior da vagina geralmente ocorre devido à fraqueza da camada de tecido (fascia) que separa a vagina da bexiga. Esta fraqueza pode levar a sensações de peso, repleção ou “bola” na vagina. Esta pode estender-se para fora do intróito vaginal. Além disto, 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**.

As taxas de sucesso para a correção da parede vaginal anterior são estimadas em 70-90%. O prolapso poderá voltar no futuro, parcial ou totalmente, necessitando de operação posterior.

Correção da parede vaginal anterior

correção da bexiga



UNIDADE DE SANTO TIRSO

Tel. 252 830 700 | Fax. 252 858 986
Morada: Largo Domingos Moreira
4780-371 Santo Tirso

UNIDADE DE VILA NOVA DE FAMALICÃO

Tel. 252 300 800 | Fax. 252 312 963
Morada: Rua Cupertino de Miranda s/n
Apartado 31 4761-917 V.N.Famalicão

Fonte: IUGA (International Urogynecological Association)

A correção da parede vaginal anterior

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

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

Como é realizada?

A cirurgia pode ser realizada sob anestesia geral, regional ou, até mesmo, com anestésico local: o seu médico discutirá consigo a melhor opção. Há muitas maneiras de realizar a cirurgia de correção da parede vaginal anterior. A descrição geral e mais comum da técnica de correção é a seguinte:

- Uma incisão é feita ao longo da parede frontal da vagina, começando próximo de entrada e terminando junto ao topo da vagina.

- A pele (mucosa) da vagina é então separada da camada de suporte fascial subjacente. A fáscia enfraquecida é então corrigida usando pontos não absorvíveis.

- Algumas vezes, o excesso de mucosa vaginal é retirado e a mucosa restante é fechada com uma sutura absorvível que geralmente é totalmente absorvida em 4-6 semanas.

- Materiais de reforço como redes 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.

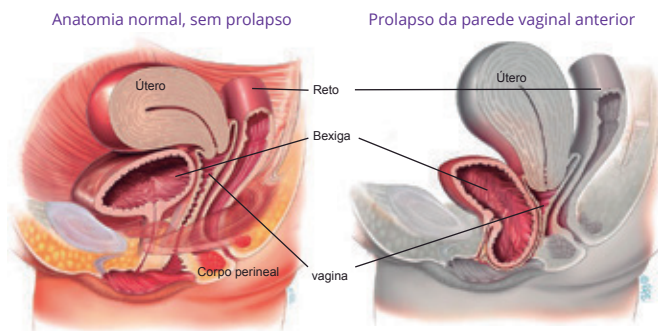
- A cistoscopia pode ser realizada para confirmar que o interior da bexiga se encontra normal e não houve lesões de bexiga ou ureteres durante a cirurgia.

- Um tampão pode ser deixado na vagina e um cateter na bexiga no final da cirurgia. Estes geralmente são retirados após 7-48 horas. O tampão age como um curativo compressivo para diminuir o sangramento vaginal e os hematomas após a cirurgia.

- Normalmente a cirurgia para correção da parede vaginal anterior é combinada com outras cirurgias tais como a histerectomia vaginal, correção da parede vaginal posterior ou cirurgia para incontinência urinária.

Pós-cirurgia

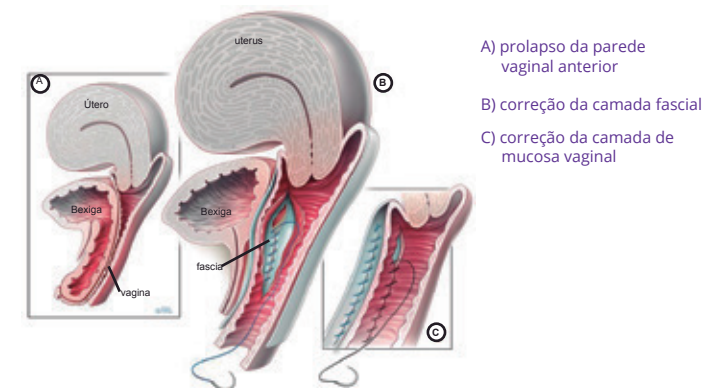
Quando acordar da anestesia, estará com um soro para hidratação e pode estar com um catéter na bexiga. O cirurgião pode ter deixado um tampão dentro da vagina para reduzir o sangramento nos tecidos. O tampão e o catéter são geralmente removidos 7-48h horas após a cirurgia. É normal apresentar uma secreção 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 diminuir gradualmente. Caso a secreção tenha odor desagradável ou fétido, entre em contacto com o seu médico. Poderá apresentar uma secreção sanguinolenta imediatamente após a operação ou após 1 semana da cirurgia. Este sangue é usualmente escasso, de aspeto acastanhado.



Retornar à rotina habitual

No período pós-operatório, deve evitar situações que causem pressão excessiva sobre a correção cirúrgica, como levantar peso, exercícios vigorosos, tosse ou obstipação. A máxima resistência e cicatrização da ferida cirúrgica ocorre aos 3 meses, e até lá não deve carregar mais do que 5 kg.

É geralmente recomendado que se tire 2-6 semanas de licença do trabalho, dependendo do tipo de trabalho e o tipo de cirurgia. Poderá conduzir e realizar atividades leves tais como caminhadas curtas 3/4 semanas após a cirurgia. Aguarde 5/6 semanas para ter relações sexuais (o uso de lubrificantes pode ajudar).



Complicações

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

• Sangramento

Sangramentos intensos e sérios que requerem transfusão sanguínea não são usuais após a cirurgia vaginal (menos de 1%).

• Infecção pós-operatória

Embora sejam administrados antibióticos antes da cirurgia e utilizados todos os cuidados preventivos para manter a cirurgia estéril, há uma pequena hipótese 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 a algália for utilizada. Os sintomas incluem ardor ao urinar, aumento da frequência urinária e ocasionalmente presença de sangue na urina. A cistite é normalmente facilmente tratada com antibióticos.

Complicações relacionadas com correção da parede vaginal anterior:

- **Obstipação** é um problema comum no pós-operatório e o seu médico pode prescrever laxantes. Mantenha uma dieta rica em fibras e aumente a ingestão de líquidos.

- **Dor durante a relação sexual (dispareunia)**. Por vezes é inevitável que algumas mulheres apresentem dor ou desconforto. Porém, algumas sentem-se mais confortáveis 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, 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) por baixo da uretra.

- **Complicações das redes**. Se a rede é utilizada para reforço, há um risco de 5/10% de extrusão, o que requer exérese da porção da rede exposta, em procedimento de ambulatório rápido. Esta raramente é motivo de dor, o que não requer parcial ou total remoção.